Nr. 12. 22. marca 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Doc. Dr. A. ŁAWRYNOWICZ. Poznań.

W sprawie kliniki i epidemjologji duru brzusznego okresów wojennego i powojennego.

(Z Zakładu bakterjologji Uniwersytetu Poznańskiego. Dyrektor: Prof. dr. L. Padlewski).

Okresy wojny i wstrząśnień społecznych zwykle stwarzały warunki sprzyjające powstawaniu oraz rozszerzeniu rozmaitych spraw zakaźnych, przybierających niekiedy cechy niezwykłe. Na tem miejscu zamierzam rozejrzeć się w przebiegu i epidemjologji duru brzusznego w okresie wojennym i powojennym. Wojny ubiegłego stulecia wykazały doniosłe znaczenie epidemij duru brzusznego w okresie działań wojennych; w wojnach anglo-burskiej, amerykańsko-hiszpańskiej, francusko-pruskiej armie wojujące obliczały zachorzenia durowe na dziesiątki tysięcy, a na tysiące zgony (Carcia).

Od początku stulecia bieżącego prace Wright'a wysunęły na szerszą widownię sprawę teoretycznie uzasadnionych szczepień ochronnych, stosowanych początkowo w wąskim zakresie; szczepienia dokonane (r. 1906) w oddziałach wojskowych niemieckich w Afryce południowo-zachodniej (Kuhn Ph.) znakomicie obniżyły zapadalność oraz oddziałały dodatnio na przebieg kliniczny łagodząc objawy i obniżając % śmiertelności.

Dopiero wojna ostatnia nagromadziła wyjątkowo wielki materjał i dowiodła z pewnością nie ulegającą żadnej wątpliwości olbrzymie znaczenie szczepień ochronnych jako zabiegu zapobiegawczego. Wykazał to wielki materjał cyfrowy statystyczno-epidemjologiczny armij walczących. Tak, Carcia podaje wymowną statystykę duru brzusznego w armji francuskiej za czas wojny:

	zachorowało	zmarło	(co stanowi
XI. 1914 do IV. 1915	58.014	7,013	(12%)
V. 1915 » X 1915	29.604	1,151	(3,9%)
XI. 1915 » IV. 1916	12.043	302	(2,5%)
V. 1916 » X. 1916	5.628	308	(5,5%)
XI. 1916 « IV. 1917	2 048	129	(6%)

Gdy w tej statystyce pierwsze miesiące wojny dają wielkie cyfry zachorowań i śmiertelności, dalsze półrocza stale wykazują znaczne obniżenie zachorowań oraz niższy odsetek zgonów.

Statystyka zachodniego frontu armji rosyjskiej z roku 1915—1916 wykazując obniżenie ilościowe zachorowań u żołnierzy, jednocześnie wykazała wzmożenie u oficerów; chodziło w tym przypadku o przymusowe stosowanie szczepień u żołnierzy, gdy oficerowie, nie podlegając temu przymusowi, od szczepień się uchylali. U żołnierzy cyfra zachorowań obliczona na 10.000 osób z 16 obniżyła się po szczepieniach na 6, pozostając bez zmiany u oficerów — 8 (na 10.000) przed i po szczepieniach (Padlewski i Winokurow). Ci sami autorzy na podstawie 584 przypadków duru brzusznego stwierdzają, że 81% takowych przypada na osoby nie szczepione.

Wszystkie armje z okresu wojny ostatniej posiadają cyfry podobne podanym wyżej. Dur brzuszny po systematycznem zastosowaniu szczepień ochronnych nie występował już jako choroba epidemiczna.

Nadto liczne spostrzeżenia z okresu wojny, zajmujące się przebiegiem duru brzusznego u osób poprzednio szczepionych, niemal jednogłośnie uznają dodatnie oddziaływanie szczepień w tym względzie; zaledwo pojedyncze głosy (n. p. Freund) temu zaprzeczają, wytykając cięższy przebieg i większą śmiertelność u szczepionych.

Dur brzuszny u osób szczepionych nabiera niekiedy cechy dlań niezwykłe, zniekształcając w stopniu większym lub mniejszym klasyczny typ przebiegu. To też niektórzy autorzy podając możliwe przejawy kliniczne tych postaci duru posuwają się niekiedy za daleko, jak n. p. Oeller traktujący gorączkę wołyńską jako wypaczoną postać duru brzusznego po szczepieniach, lubLéwy udzielający swych spostrzeżeń nad poronnemi postaciami durowemi o długości 1—2 dni z niewielką gorączką, bólem głowy, nudnościami. Uwzględniając ogrom trudności w rozpoznawaniu duru brzusznego u osób szczepionych (o tem niżej) winniśmy takie poglądy i spostrzeżenia przyjmować z wielkiem zastrzeżeniem.

Wpływ szczepień ochronnych na klinikę duru brzusznego miałem możność spostrzegać w r. 1919 w Saratowie u swoich współpracowników szczepionych przezemnie oraz regularnie z dnia na dzień obserwowanych od chwili zachorowania — chodziło o 6 przypadków zachorowań w wieku lat 18—25. Nie podając szczegółów zaznaczę podstawowe rysy sprawy chorobowej. Początek zachorzenia wypadał rozmaicie aczkolwiek przeważnie stopniowo z nasileniem stanu gorączkowego; najwyższą ciepłotę spostrzegałem w 6—9 dniu choroby, w 4 przyp. wyżej nad 40°, w dwóch innych — 39,7° i 39,0. Typ krzywej ciepłoty wyróżniał się brakiem szczytu (acme), ciepłota opadała, z wyjątkiem jednego przypadku (krytyczne zakończenie w 18 dniu), stopniowo. Okres trwania stanu gorączkowego wynosił 11, 13, 15, 15, 18 oraz w jednym przypadku, poprzedzonym przez przewlekłe zakażenie grypowe — 42 dni (trudno było ustalić początek sprawy durowej). Objawy podmiotowe wypadały naogół łagodnie, bóle głowy wystąpiły tylko w 3 przyp., stanu durowego (*status typhosus*) w żadnym przypadku nie było. Słabo zaznaczoną różyczkę spostrzegano we wszystkich przypadkach w 7—10 dniu choroby; powiększenie śledziony występowało wcześnie Co do czynności jelitowych, to rozwolnienie wystąpiło tylko w 2 przyp., zaś w innych przypadkach bądź zaparcie, bądź stolec prawidłowy. Należy zaznaczyć, że tylko trzej chorzy zachowywali obowiązujące przepisy djetetyczne, zaś reszta, z przyczyn natury zewnętrznej, odżywiała się nieodpowiednio (chleb razowy, śledzie, kartofle, kapusta i t. p.). Powikłań żadnych nie spostrzegałem. Zachorowanie na dur brzuszny nastąpiło po 1—5 miesiącach od szczepień ochronnych (3-krotnych — w 3 przypadkach i 2-krotnych w 3 przypadkach). Ścisłej współzależności przebiegu zakażenia i ilości szczepień dokonanych nie dało się dostrzec, gdyż niekiedy dur brzuszny po 2 szczepieniach wypadał łagodniej, niż po 3 szczepieniach. Objawy odczynowe po szczepieniach ochronnych u tych chorych miały typ prawidłowy.

Uogólniając objawy chorobowe przypadków powyższych stwierdzić należy, że wypadały one łagodniej w zestawieniu z przebiegiem prawidłowym duru. Brak lub nietypowość objawów duru brzusznego ogromnie utrudniała rozpoznawanie kliniczne. Tylko w 2 przyp. różyczka, rozwolnienie i wybitnie powiększona śledziona upoważniały do rozpoznania klinicznego, w innych czterech przypadkach należało przypuszczalne rozpoznanie duru brzusznego potwierdzić przez zastosowanie badania bakterjologicznego oraz serologicznego. To ostatnie jednakże, napotkało szereg trudności. Hodowle krwi na żółci we wszystkich przypadkach wypadły ujemnie. Badanie zaś serologiczne po szczepieniach ochronnych należy traktować ogromnie ostrożnie gdyż wypada ono u osób szczepionych stale dodatnio wykazując miano wyższe lub niższe (najczęściej do 1:600). Z tej więc racji dodatni odczyn zlepny posiada wartość rozpoznawczą wyłącznie wtedy, gdy przy badaniach powtórnych (przynajmniej 3 badania) miano podnosi się; miano niżej 1:600 w ciągu roku po szczepieniach ochronnych wartości rozpoznawczej nie posiada. W czterech moich spostrzeżeniach miałem stopniowe podnoszenie się miana ponad 1:1000, co wystarczało dla uzasadnienia rozpoznania; w dwu innych osiągnięto dodatni wynik bakterjologicznego badania kału.

Wracając do wartości rozpoznawczej posiewów krwi, które w moich przypadkach wypadły ujemnie, wynik ujemny należy prawdopodobnie traktować, jako skutek szybkiego uruchomienia niweczników, w przypadkach szczepionych ochronnie, natychmiast po zakażeniu. Fakt ten, zresztą kilkakrotnie zaznaczony (H o h l w e g, B a u m g ä r t e l, H ü n e r m a n n i i.) w durze brzusznym i schorzeniach paradurowych, należy zwykle mieć na uwadze, aby umieć należycie ocenić wynik ujemny posiewów krwi. Im dokładniej wykonano szczepienia ochronne oraz im bliższem jest badanie bakterjologiczne krwi do szczepień ochronnych, tem trudniej zwykle daje się osiągnąć wynik dodatni.

W stosunku do zachowania się bakterjomoczu nie posiadam własnego doświadczenia; K a y s e r na materjale wojennym podnosi znaczenie długotrwałego bakterjomoczu.

Tego rodzaju zmiany kliniki oraz epidemjologji duru brzusznego dotyczyły wyłącznie osób szczepionych, gdy jednocześnie ludność cywilna nieszczepiona, zwłaszcza kobiety, zapadała na dur brzuszny i przebywała go stosunkowo ciężej oraz z większą śmiertelnością.

Jeśli weźmiemy pod uwagę trudność rozpoznania klinicznego i bakterjologicznego duru brzusznego u osób szczepionych — będzie całkiem naturalnem, że te przypadki często pozostają nierozpoznanemi. W planowej i systematycznej walce z durem brzusznym ta okoliczność posiada olbrzymie znaczenie epidemjologiczne utrudniając wydzielanie chorych durowych oraz środków zapobiegających dalszemu szerzeniu się schorzeń.

Tak się przedstawiała sprawa w okresie stosowania szczepień ochronnych, inaczej — w okresie wojny.

Lecz minęła wojna. Przymus stosowania szczepień ochronnych upadł, upłynęło kilka lat życia w warunkach pokojowych. W chwili obecnej należy sobie zdać sprawę ze stanu obecnego zachorowań durowych oraz ustalić czy i w jakiej mierze uległa zmianie epidemjologja duru brzusznego w okresie powojennym.

W celu rozejrzenia się w tem zagadnieniu poddałem dokładnemu rozpatrzeniu materjał Zakładu Bakterjologji Uniwersytetu Poznańskiego za okres czasu 1921—1924 roku. W tym okresie Zakład bakterjologji wykonywując czynności epidemjologiczne badał nadsyłany przez lekarzy powiatowych i praktycznych materjał. Dane te różnią się zasadniczo od dat statystycznych ogólnie podawanych opartych zwykle na objawach klinicznych; cyfry niżej podane złożyły się wyłącznie z przypadków stwierdzonych bakterjologicznie lub serologicznie, posiadają przez to większą wartość dowodową. W obliczeuiach niżej podanych nie chodziło mi o ustalenie cyfr absolutnych, lecz przedewszystkiem o odsetkowe przedstawienie typu epidemjologicznego lat ostatnich oraz sposobów ustalenia rozpoznawania w rozmaitych grupach ludności. Wytykając sobie, jako zadauie podstawowe, wyjaśnienie przebiegu epidemji dla osób szczepionych i nie szczepionych, z tego właśnie punktu widzenia traktowałem nagromadzony materjał.

W tabl. 1. podając ogólne cyfry przypadków duru brzusznego stwierdzonego bakterjologicznie (badanie krwi, kału lub moczu) lub serologicznie (miano odczynu Widal'a nie niżej 1:200) przez Zakład Bakterjologji U. P. za okres 1921—1924 podzieliłem je na grupy dążąc do wydzielenia osobników szczepionych. W tym celu, wychodząc z założenia iż ostatnim rocznikiem jaki w warunkach wojennych winien był odbyć obowiązkowe szczepienia ochronne przeciwdurowe był rocznik 1920, zaś najstarszymi byli powołani do służby wojskowej w z. 1914 mężczyźni w wieku lat 45, ustaliłem dla roku 1921 jako kontyngent szczepionych wszystkich mężczyzn od 20 do 52 roku życia i z każdym rokiem następnym dążąc do oddzielnego ujęcia osób szczepionych przesuwałem te granice wieku biorąc w r. 1922 wiek 21—53, w 1923 r. 22—54, w 1924 r. — 23—53. Wydzielając tę grupę i traktując ją jako grupę osobników szczepionych zdawałem sobie sprawę iż nie jest takie ujęcie zupełnie ścisłem, gdyż bez wątpienia nie wszystkie osobniki do tej grupy należące poddawały się szczepieniom ochronnym. Jednakże dążąc do statystycznego przedstawienia działania szczepień ochronnych zabezpieczałem się w ten sposób przed przecenianiem wniosków osiągniętych na tej drodze.

Oddzielnie w tabl. 1. podaję cyfry przypadków w wieku przed- i w wieku powyżej zaznaczonych granic grupy szczepionych mężczyzn, równolegle dzieląc odpowiednio materjał kobiecy. Osobno podałem cyfry dotyczące mężczyzn i kobiet, których wiek nie został ustalony wobec braku odpowiednich danych w załącznikach nadsyłauych przez lekarzy; z tych samych względów poza nawiasami zmuszony byłem pozostawić przypadki duru brzuszuego (6 stwierdzonych bakterjologicznie + 9 przyp. stwierdzonych serologicznie) w których nie dało się ustalić płci chorych. Cyfry podane

Tablica 1.

Dur brzuszny w l. 1921—1924 w woj. Poznańskiem.

	Rozpoznanie b a k t e r j o l o g i c z n e, hodowle z krwi, moczu i kału									Rozpożnanie s e r o l o g i c z n e (odczyn Widal'a)									Razem za rok
	Do 20 l. włącznie		21—55 l.		wyżej 55 l.		Wiek nieznany		Płeć nieznana	Do 20 l. włącznie		21—55 l.		wyżej 55 l.		Wiek nieznany		Płeć nieznana	
	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.		Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.		
1921 od 21. I. do 31. XII.	13	18	15	25	–	1	3	8	3	43	40	29	103	1	2	16	19	3	342
1922 od 1. I. do 29. IX.	8	9	2	10	—	—	4	20	2	19	28	18	33	1	—	7	12	—	173
1923 (cały)	16	12	4	20	—	1	6	—	—	34	29	11	27	1	2	6	17	3	194
1924 od 1. I. do 30. XI.	28	22	7	33	3	2	12	1	1	42	58	20	42	—	1	13	19	3	324
Razem	65	61	28	88	3	4	25	51	6	138	155	78	205	3	5	42	67	9	1033

z powodów niezależnych nie obejmowały części stycznia r. 1922.

Ogólna cyfra ustalonych przypadków za 1921—1924 l. l. stanowi 1033 w tem 382 mężczyzn (t. j. 37.5%) i 636 kobiet (62,5%) (odpadło 15 przypadków, w których nie ustalono płci chorych). Wynika z tego, że w okresie powojennym kobiety naogół chorują na dur brzuszny prawie dwa razy częściej od mężczyzn. Podział tych cyfr ogólnych mężczyzn i kobiet (za potrąceniem 200 przypadków, w których nie podano wieku chorych) na dwie grupy: grupę obejmującą wiek podlegający szczepieniom (w zaznaczonem wyżej znaczeniu) oraz grupę obejmującą wiek niepodlegający szczepieniom wykazuje (tabl. 2.),

Tablica 2.

Płeć	W wieku podlegającym szczepieniom 20—55 l.	W wieku nie podlegającym szczepieniom do l. i po 55 l.	Razem
Męż.	106=31,7%	209=68,3%	315
Kob.	293=56.8%	225=43,4%	518

że gdy mężczyźni szczepieni stanowią 31,7% chorych mężczyzn, nieszczepione kobiety w odpowiednim wieku — 56,6%. A więc, szczepienia ochronne obniżają zapadalność. Zestawiając wszystkich nieszczepionych (wszystkie kobiety i mężczyźni w wieku do 20 roku czyli 518+219=727) z cyfrą mężczyzn szczepionych (106 przyp.) ustalamy, że ci ostatni (mężczyźni w wieku 20—55 lat) stanowią znikomy stosunkowo odsetek t. j. 12,7% ogólnej ilości chorych durowych. Lecz i ta cyfra winna być uznaną z góry jako znacznie wyższa od istotnej jeżeli weźmiemy pod uwagę, że na 106 przyp. duru brzusznego u mężczyzn w wieku podlegającym szczepieniom ochronnym tylko w 28 (t. j. w 26,4%) rozpoznanie nie ulega żadnej wątpliwości jako ustalone przez wyhodowanie szczepów durowych; resztę przypadków — 78 (t. j. 73,6%) rozpoznano serologicznie, a więc sposobem co do którego wartości rozpoznawczej wyżej zaznaczyłem zastrzeżenia; bez wątpienia znaczna część tych dodatnich odczynów Widal'a (brałem pod uwagę przy obliczaniu odczyny dodatnie w rozcieńczeniu nie niżej niż 1:200) była powodowana przez rozmaite inne sprawy zakaźne, uruchomiające niweczniki durowe; taki odczyn Widala może świadczyć tylko o przebytych szczepieniach ochronnych, nie zaś o zakażeniu durowem. W odniesieniu do tej sprawy Curschmann zaznacza, że w ciągu 3—4 lat po dokonanych szczepieniach zakażenie grypowe, durem osutkowym i i. może podnosić miano zlepne do 1:400. Wobec tego cyfrę 12,7% ogólnej liczby chorych przypadającą na mężczyzn w wieku podlegającym szczepieniom należałoby obniżyć gdyż obejmuje ona nietylko chorych durowych. Cyfra ta, gdyby się dało różniczkować indywidualnie przypadki dodatniego odczynu Widala u tej grupy osób, wypadłyby znacznie niżej. Z braku potrzebnych danych skorygować odpowiednio tych cyfr nie mogłem.

Poddając dokładnej analizie sposób ustalenia rozpoznawania — wzajemny stosunek dodatnich wyników badania bakterjologicznego i odczynu Widala stwierdzamy, że naogół biorąc u mężczyzn i kobiet wypada ten stosunek jednostajnie (tabl. 3.) nie zaznaczając różnicy wybitnej przy grupowaniu materjału według wieku (tabl. 4.). Podział wyników dodatnich u mężczyzn i kobiet na grupy (od 20—55 l. oraz do 20 i po 55 l.) wykazuje (tabl. 5.), z odsetek dodatnich wyników bakterjologicznych i serologicznych przypadający na każdą grupę odpowiada naogół odsetkowi zachorowań danej grupy podanemu na tabl. 2.

Tablica 3.

Płeć	Ilość przypadk.	Sposób rozpoznawania	
		Bakterjologiczny (hodowle)	Serologiczny (Widal)
M.	382	121=31,6%	261=68,4%
K.	636	204=32,0%	432=68,0%
Razem	1018	325=31,8%	693=68,2%

Tablica 4.

Płeć	Wiek	Ilość przyp.	Sposób rozpoznania	
			Bakterjologiczny (hodowle)	Serologiczny (Widal)
M.	20—55	106	28=26,4%	78=73,6%
K.		293	88=30,0%	205=70,0%
M.	do 20 i	209	68=32,0%	141=67,4%
K.	po 55	225	65=29,0%	160=71,0%

Jeśli teraz po rozejrzeniu się w cyfrach podanych wyciągniemy wnioski odpowiednie — przekonamy się, że w okresie powojennym, w sposób może nieco mniej wyraźnie zaznaczony niż w okresie wojennym, daje się ustalić działanie ochronne dawniej dokonanych szczepień ochronnych. Zaznacza się ono przez dwakroć mniejsze zachorowanie mężczyzn, przez znikomą ilość zachorowań przypadających na grupę ludności męskiej poddawanej szczepieniom przed laty. Przemawia to za doniosłem znaczeniem szczepień ochronnych durowych w profilaktyce duru brzusznego i za wybitnem ich oddziaływaniem na epidemjologję. Należy zwłaszcza podkreślić trwałość odporności nabytej po szczepieniach ochronnych odbytych przed 4 laty conajmniej (przeważnie więcej — do 7 lat). Nie posiadam odpowiednich cyfr z okresu przedwojennego, aby je można było porównać z cyframi lat ostatnich; jednakże przyjmując, że woj. Poznańskie dawniej dawało cyfry ustalone dla Prus za stałą przewagą mężczyzn (Abel) zaznaczy się różnica wybitna pod wyżej wytkniętemi względami (sto-

Tablica 5.

Płeć	Sposób rozpoznania					
	Ilość przypadk.	Bakterjologiczny (hodowle)		Ilość przypadk.	Serologiczny (Widal)	
		wiek 20—55 l.	do 20 i po 55		wiek 20—55 l.	do 20 i po 55 l.
Męż.	96	28=30,0%	68=70,0 /0	219	78=35,6%	141=64,4%
Kob.	153	88=57,5%	65=42,5%	365	205=56,2%	160=43,8%

sunek zachorowań mężczyzn do kobiet. % mężczyzn w wieku 20—55 l., częstość dodatniego badania bakterjologicznego).

Stosunek odsetkowy zachorowań mężczyzn do kobiet w okresie przedwojennym nie zawsze się przedstawia jednakowo; gdy jedni (Murchison, Schottmüller i i) stwierdzają równomierne, z pewnemi wahaniami, zapadanie obu płci na dur brzuszny, inni (Widal, Lemierre i Abrami, Hormolle i i.) dla Francji, Anglji i Niemiec przyjmują dla mężczyzn stałe częstsze zapadanie na dur brzuszny (według Widal, Lemierre, Abrami pięć razy częściej). W naszych cyfrach z okresu powojennego w woj. Poznańskiem mężczyźni stanowią 37,5% ogólnej liczby chorych.

Dla uzupełnienia obrazu duru brzusznego okresu powojennego brakuje mi danych dotyczących przebiegu klinicznego; mogłyby one stanowić dodatkowe rysy wykazujące wpływ szczepień ochronnych na dur brzuszny.

Śmiertelność na dur brzuszny okresów przed- i powojennego udało mi się zestawić dzięki materjałom życzliwie mi udzielonym przez p. dyrektora Urzędu Statystycznego miasta Poznania P. Zaleskiego. Otóż, gdy za okres pięcioletni 1910—1914 na ogólną cyfrę 57 zgonów spowodowanych przez dur brzuszny — 34 t. j. 60% przypadało na mężczyzn, a 23 t. j. 40% na kobiety, w czteroleciu 1921 — 1924 (do dn. 30. IX.) na ogólną cyfrę 98 zgonów na mężczyzn przypada 43 t. j. 44%, na kobiety 55 t. j. 56%. Dane te posiadają wartość nie ulegającą zakwestjonowaniu, naocznie stwierdzają stosunkowe obniżenie zgonów mężczyzn z 60% na 44%, przy jednoczesnem powiększeniu się śmiertelności kobiety z 40% na 56% na dur brzuszny.

Zaznaczone wyżej cechy epidemjologji duru brzusznego okresu powojennego w woj. Poznańskiem układają się w jednym szeregu z temi spostrzeżeniami jakie poczyniono gdzieindziej. Tak Chauffard (r. 1922) stwierdza, że po wojnie mężczyźni w wieku do 20 lat stanowią 90% (w naszym materjale 64.4%) chorych mężczyzn, gdy w roku 1912—1913 stanowili oni tylko 27%. Hebert i Block, Achard i Bloch też stwierdzają, że po wojnie chorują przeważnie mężczyźni przed 20 rokiem, lub nieszczepieni, oraz kobiety (które stanowią 75% ogólnej cyfry zachorowań); według Sergent po wojnie mężczyźni stanowią 30% chorych, gdy kobiety — 70% (cyfry odpowiadające przez nas spostrzeganym). Takie same cyfry podają Courtois-Suffit, Bourgeois i Garçin — kobiety 68,3%, mężczyźni 31,7% (chodzi w tym przypadku wyłącznie o osoby dorosłe, gdyż szpital Dubois w Paryżu, skąd te cyfry pochodzą, nie przyjmował dzieci). Cyfry znaczniejsze podaje Hage: obejmują one Turyngję i dzielnice sąsiednie z ludnością 3,100.000, która w latach 1921—1922 dała ogółem 1524 zachorowań durowych; nie podając szczegółów zaznaczę tylko, że mężczyźni stanowili — 30,6%, kobiety — 69.4% ogólnej cyfry chorych. Gdy przed 21 rokiem nie zachodziła różnica w cyfrach zachorowań mężczyzn i kobiet (meżczyźni nawet dają cyfrę nieco wyższą), występuje ona wybitnie w wieku 21—49 lat i po 49 roku; w grupie zachorowań między 21—49 rokiem stanowią mężczyźni tylko 27,9%, po 49 roku — 38,8%.

Nie będę przytaczał dalszych przykładów, gdyż inni autorowie (Dopter, Abel, Ickert i i.) powtarzają stosunki wyżej zaznaczone. Podobne ustosunkowanie mężczyzn i kobiet układa się skutkiem obniżenia zachorowań mężczyzn dawniej szczepionych.

Zaznaczone wyżej cechy epidemjologiczne duru brzusznego w województwie Poznańskiem stanowią właściwość okresu powojennego dla wszystkich krajów, które w wojnie udział brały.

Jednakże cyfry zachorowań durowych w okresie powojennym naogół trudno ustalić z należytą dokładnością nawet przy sprawnej czynności aparatu statystycznego *). Szczepienia ochronne w pewnych przypadkach w tak znacznym stopniu zniekształcały przebieg kliniczny duru brzusznego, że rozpoznawanie kliniczne napotykało wielkie trudności, zaś bakterjologiczne też znajdywało szereg zastrzeżeń. Podobne przypadki pozostawały i pozostają bez rozpoznania i nie ulegają ujęciu statystycznemu. Z drugiej znów strony niezmiernie szerokie granice wahań objawów klinicznych duru brzusznego po szczepieniach ochronnych (Oeller, zwłaszcza Lévy) w postaci krótkotrwałych ogólnych objawów (ból głowy, bóle mięśniowe, nietypowy 1—2 dniowy stan gorączkowy) umożliwiały zbyt dowolne, częstokroć niedość uzasadnione rozpoznawanie postaci poronnych duru brzusznego. Tę drugą możliwość też należy brać pod uwagę z punktu widzenia jej znaczenia dla ścisłości danych statystycznych. Te niewyraźne nierozpoznawane postaci duru brzusznego posiadają wielkie znaczenie epidemjologiczne. Uznając w chwili obecnej w epidemjologji duru brzusznego podstawowe znaczenie nosicielstwa i przewlekłego wydzielania bakteryj po przebytym durze brzusznym, pod tym ostatnim względem napotykamy bardzo znaczne trudności wobec nierozpoznania poronnych postaci; tacy chorzy niepoddawani należytej obserwacji i nie traktowani w sposób odpowiedni mogą stanowić źródło dalszych zakażeń.

Doświadczenie okresu wojennego i powojennego wskazuje nam drogę, którą w obecnych naszych warunkach najskuteczniej możemy oddziałać na natężenie zachorzeń durowych. Podkreślając z całym naciskiem konieczność i doniosłe znaczenie systematycznego uzdrowotnienia miast i wsi przez podniesienie poziomu sanitarno-higjenicznego, uznając tę drogę za pewną, a jednakże z natury rzeczy ogromnie powolną, winniśmy dla chwili obecnej podnieść znaczenie szczepień ochronnych. O ile te szczepienia mogą swój wpływ dodatni wykazywać w ciągu okresu czteroletniego po zastosowaniu, winniśmy dążyć do możliwie szerokiego ich zastosowania. Ustalona niezbicie wartość ochronna szczepień może stanowić podstawę do wysunięcia zasady obowiązkowości tych szczepień chociażby dla pewnych grup ludności i okolic zagrożonych.

Hasło szczepień obowiązkowych przeciwdurowych dla ludności cywilnej podniesiono we Francji posiadającej wyższy w porównaniu z nami poziom sanitarno higjeniczny; Chauffard, Achard wysunęli konieczność powtórnych, w pewnych odstępach czasu, szczepień ochronnych w najbardziej zagrożonym wieku 15—21 lat; Courtois Suffit, Bourgeois, Garçin wypowiadają się za obowiązującem stosowaniem szczepień przeciwdurowych na modłę szczepień przeciw ospie. Na nas tembardziej ciąży obowiązek należytego wykorzystania całej pełni znaczenia ochronnego przeciwdurowych.

Gdy chodzi o wcielenie w życie podobnych zamierzeń, powstaje natychmiast sprawa metodyki zastosowania szczepień ochronnych. Aczkolwiek osobiście używaną dotąd metodykę zastrzyków podskórnych szczepionki uznałbym jako wypróbowaną i najskuteczniejszą oraz wcale nie przeciwwskazaną ze względu na niebezpieczeństwo lub cechy ujemne odczynu poszczepiennego, winienem jednocześnie stwierdzić, że próby kilku lat ostatnich, zapoczątkowane przez Besredkę, w celu zastosowania metodyki dojelitowych szczepień ochronnych opartych na koncepcji odporności miejcowej (tkankowej), już w chwili obecnej dają materjał poważny. Nie poruszając na tem miejscu teoretycznych podstaw uodpornienia dojelitowego należy w zastosowaniu do duru brzusznego zaznaczyć spostrzeżenia nad zastosowaniem praktycznem szczepień dojelitowych w la Flèche (Besredka) w Grecji (M. Gautier) i w wymiarze wyjątkowo wielkim — na 18.000

*) Że sprawność ta jest u nas niewystarczająca świadczą chociażby cyfry m. Poznania udzielone mi przez Urząd Statystyczny Magistratu. Otóż statystycznie ustalono w r. 1924 (do dnia 30 IX.) 20 przypadków zachorowań i 19 przypadków zgonów. Gdybyśmy uwierzyli tym cyfrom winnibyśmy byli śmiertelność duru brzusznego w Poznaniu określić nieomal w 100%. Wykazują te cyfry, że faktycznie rejestracja zachorowań nie istnieje, gdyż, biorąc za podstawę 10% przeciętną śmiertelność duru brzusznego, przy 19 zgonach winnibyśmy byli mieć około 200 przypadków zachorowań. Rok 1924 nie stanowi pod tym względem wyjątku; inne lata dają cyfry mało poprawniejsze. Przykład ten świadczy, że konieczność zgłaszania i ścisłej statystyki sanitarnej zachorowań, jako podstawy planu wszelkiej organizacji zapobiegawczej, nie doszła jeszcze, niestety, do świadomości lekarzy praktycznych.

szczepionych, w Łodzi (Starzyński). Aczkolwiek te ostatnie spostrzeżenia nie są jeszcze ukończone i ostatecznie zreasumowane, jednakże już dotychczasowe dane przemawiają za wartością praktyczną szczepień dojelitowych.

O ile przyszłość utrwali znaczenie metodyki dojelitowej szczepień ochronnych osiągniemy przez nią łatwy i skuteczny sposób wcielenia w życie podniesionej wyżej zasady obowiązkowych szczepień ochronnych w zakresie szerokim.

Wnioski: 1) Okres wojny dowiódł znaczenia szczepień ochronnych przeciwdurowych w zapobieganiu oraz załagodzeniu przebiegu duru brzusznego.

2) Działanie ochronne szczepień tych w okresie powojennym daje się wykazać dla szczepionych grup ludności aż do roku 1924 (w ciągu 4 lat).

3) W okresie powojennym mężczyźni zachorowują znacz nie mniej stanowiąc zaledwo 37,5% ogólnej cyfry zachorowań.

4) Mężczyźni szczepieni (w wieku 20—55 l.) stanowią znikomy odsetek — 12,7%.

5) Obowiązkowe stosowanie szczepień ochronnych, chociażby dla najbardziej zagrożonych grup ludności należy wytknąć jako najskuteczniejszy w obecnych warunkach sposób zwalczania epidemji durowej.

6) Dla szczepień w szerszym zakresie nadaje się metodyka dojelitowa.

Piśmiennictwo.

Abel. Ztschr. f. Hyg. B. 103., H. 2., 1924. — Achard. Bull. de l'Acad. de Méd. T 87, N. 4., 1922. — Achard et Bloch. Acad de Méd. 28. IV. 1924. (La Presse. Médic. 1924 Nr. 36). Besredka. N. 6., Compt. Rend. de la Soc. de Biol. T. 89., Nr. 24., 1923., p. 366—367. Baumgärtel. Ztschr. f. Immunitätsf. Orig. B. 27. — Carcia. Revue intern d'hyg. publ. 1921. N. 2. — Chauffard. Journ. de pratic. 1922., N. 16. — Courtois-Suffit, F. Bourgeois, R. Garcin. La Presse Médic. 1924. Nr. 29. — Curschmann. D. m. W 1924. Nr. 32. — Dopter. Ann. d'hyg. publ. et de méd. legal. 1922. Nr. 1. Paris Médic. 1922. Nr. 4. — Gautier M. Acad. de Méd. 15. IV. 1924 (La Presse Méd.). 1924., Nr. 32). — Freund. W. Kl. W. 1916. Nr. 39 — Hage. Centr f. Bakter. Nrig. B. 92., H. 1 2. — Hebert et Bloch. Rev. d'hig. T. XKIV., 1922., nov. — Hohlweg. M. m. W. 1915., N. 16. — Homulle wedł. Thoinot. A. Ribierre. Fievre typhoide (w Nouv. Trait. de Méd. — Gilbert et Thoinot. Paris 1913. — Hünermann. Verhandl. d. deutsch. Kongr. f. inn. Mediz. zu Warschau 1 2. V. 1916. Wiesbaden 1916. — Ickert. Veröff. aus die Gebiete de Mediz Verwalt. B. 15. H. 4. (wedłng Hage — patrz wyżej). — Kayser. Ztschr. f. Hyg. B. 103., H. 2., 1924 Kuhn Ph. Deutsch militärätzl. Ztschr. 1907., N. 8., i 312. — Léwy Ch. Journ. med. de Paris 1923. N. 3. — Murchizon wedł. Thoinot et Ribierre. Fievre typhoide (patrz wyżej). — Oeller. Der Krankheits verlauf. d. Typhus. Jena. 1920 Fischer. — Padlewski i Winokurow. Wraczebn. Izwiest. Zapadn. Fronta. 1917. — Schottmüller. Tifoznyja zaboliewanija w podr. Mohr i Stähelin. wyd. ros. Ptrsb. 1915. — Starzyński. Nowiny Lekarskie 1924. N. 7. Polska Gaz. Lek. 1924. N. 42 43. — Widal, Lemierre, Abrami. Fievres typhoide et. paratyph. (w Nouv. Trait. de Méd. Roger. Widal, Teissier. fasc. III. Paris. Masson 1924.

Dr. Seweryn STERLING. Łódź.

Podstawy kliniczne klasyfikowania suchot przewlekłych.

(Dokończenie).

II. Klasyfikacja suchot płucnych przewlekłych.

Tuberculosis abortiva.

I. Phtisis pulmonum incipiens: occulta
manifesta: stationaris
progrediens (acute; chronice)
regrediens.

II. Phtisis pulmonum declarata: fibrosa
fibro — caseosa; stationaris
progrediens (acute; chronice)
regrediens.
caseosa: progrediens (acute; chronice)
regrediens.

III. Phtisis pulmonum consumptiva:
fibrosa
fibro-caseosa
caseosa.

Tuberculosis obsoleta.

Dodać okolicę umiejscowienia zmian.

> Mianownictwa należy używać ja mowy, jak języka, a nie jak słownika (*Whewell*).

O klasyfikacji suchot płucnych, ostrych i przewlekłych, pisałem w roku 1913 w odczycie klinicznym zatytułowanym »Postaci kliniczne suchot płucnych« (Odczyty klin. wydawane przez Redakcję Gazety Lekarskiej Nr. Nr. 229, 230, 231); tam też podałem opis szczegółowy klasyfikacji istniejących: polskich (Sokołowskiego, Biegańskiego, Rzętkowskiego i Korczyńskiego), francuzkich, niemieckich i innych; podałem również klasyfikację własną suchot przewlekłych w tym samym układzie, jaki wyżej tu przytaczam. Dwukrotnie dopełniałem opis różnych istniejących klasyfikacyj: w Przeglądzie Lekarskim z roku 1914 i w Polskiej Gazecie Lekarskiej, rok 1924 Nr. 44.

W tej chwili ograniczam się wyłącznie do suchot przewlekłych, do postaci gruźlicy płuc najczęściej w praktyce spotykanej

Wartość praktyczną klasyfikacji anatomo-klinicznej przezemnie podanej najściślej sprawdził K. Dłuski; oto co pisze w sprawozdaniu z działalności Sanatorjum dla chorych piersiowych w Zakopanem za czas od 1. I. 1913 do 31. XII. 1917 (Kraków 1918): »Równolegle z klasyfikacją Turbana, wiodącą nieraz do mylnych wyników, do rozdźwięku pomiędzy teorją i kliniką, wprowadziliśmy nowy podział Sterlinga, jako znacznie racjonalniejszy«. Przytoczywszy tablice przedstawiające odsetek chorych trzech okresów według obu klasyfikacyj, oraz odsetek poprawy w każdym z czterech lat, znakomity autor pisze: »Na pierwszy rzut oka uderza różnica w odsetkach chorych tego samego okresu w podziale według Turbana i Sterlinga Widoczne jest, że wielkości, które bierzemy za podstawę klasyfikacji, są często niewspółmierne Dosadnym przykładem może być II. okres w 1917 roku lub III. w 1916 i 1917 roku W III. okresie wyniki (leczenia) potwierdzają dobitnie większą wartość kliniczną podziału Sterlinga. Wysoki odsetek ogólnej poprawy (83,7%) jest usprawiedliwiony przez mały (12,5%) odsetek chorych w okresie: phtisis comsumptiva, a przeczy mu pozornie wysoki procent chorych III. okresu Turbana (53,7%)«.

Oceniając podaną wyżej klasyfikację (w Przegl. Lekarskim 1913 str. 287) pisze Dłuski: »Już pobieżny rzut oka wykazuje, że klasyfikacja ta jest bardzo prosta, przystępna, gdyż opiera się na głównych typach anatomicznych« ....« »i uwzględnia ze stanowiska przebiegu klinicznego dwie zasadnicze cechy: wstrzymanie lub postępowanie sprawy, w formie ostrej lub przewlekłej. Klasyfikacja ta, gdy się bliżej nad nią zastanowić, nadaje się, zdaniem naszem, lepiej niż wszystkie dotychczasowe zarówno dla celów rozpoznania klinicznego, jakoteż i dla oceny wyników leczniczych w sanatorjach (lub szpitalach), gdzie mamy duży materjał chorych. Na podstawie tej klasyfikacji daleko łatwiej rozpoznać dany przypadek kliniczny i zaliczyć go do takiej to głównej postaci, mającej przeważający charakter anatomiczny, przy przebiegu pomyślnym (stationaris) lub niepomyślnym (progrediens), szybkim lub powolnym«.

Motywy, które na poparcie tej klasyfikacji przytoczyłem w mej pracy, w tej materji pierwszej, tak się dają powtórzyć:

Podstawą naszego myślenia o danym spostrzeganym przypadku suchot jest zawsze *kojarzenie myślowe domniemanych zmian anatomicznych z objawami, jakie nam zdradza całość badania klinicznego.* Usiłowania rozumienia gruźlicy jako zagadnienia przedewszystkiem immuno-biologicznego (Hayek) nie są oparte na przesłankach przekonywujących, że przypomnę tylko o braku odpowiedzi na pytanie tak sformułowane: jeżeli tok tego, co zachodzi w ustroju dotkniętym gruźlicą, ma zależeć w pierwszej linji od swo-

istego odczynu humoralnego danego ustroju, od stanu jego odporności swoistej, to czem się dzieje, że w tym samym ustroju zachodzą obok siebie, współcześnie, zmiany tak różnorodne, jak gruźlica wysiękowa i gruźlica włóknista; godziłoby to przecież w samą istotę teorji immuno-biologicznej, gdybyśmy mieli przypuścić istnienie w różnych okolicach ustroju różnych, dzielnicowych, odczynów humoralnych. Co ważniejsza jednak i o celach praktycznych rzecz decydująca, to fakt, że lekarz dotąd, i jeszcze pewnie przez lat wiele, myśli temi kategorjami, które mu daje sprawdzanie zmian przyżyciowych podczas rozbioru zwłok. Nietylko temi, ale niemi przedewszystkiem; przestała być anatomja-patologiczna dyscypliną wyłącznie morfologiczną; uwzględnia ona i etjologję i odczyny biologiczne (Ranke), nie upatruje już istoty choroby w samych wyłącznie zmianach; w nich widzi wynik wielu zmagających się warunków, od konstytucji począwszy; ale jest prawie zawsze najpotężniejszym wyrazem wyniku tych wszystkich zmagań; słusznie więc — pomimo tak wielkich postępów w rozumieniu roli zaburzeń czynnościowych — lekarz stara się zawsze znaleźć locus morbi; byle pamiętał, że zaburzenia czynności wyprzedzają zaburzenia w budowie komórki (Biegański).

Za podstawę więc klasyfikacji szczegółowej najsłuszniej wziąć typy zmian gruźliczych, jak nam histologja patologiczna gruźlicy je podaje.

W zestawieniu, jakie przedstawia powyższa tabliczka, brak jednego: brak typu gruźlicy gruzełkowej w ścisłem tego pojęcia znaczeniu. Ten brak jednej z dwu postaci gruźlicy wytwórczej ma swe usprawiedliwienie w fakcie, że tabliczka klasyfikacyjna uwzględnia wyłącznie suchoty płuc przewlekłe. W przebiegu suchot przewlekłych gruzełki istnieją, jako gruzełki typowe, przez czas krótki; albo przeistaczają się łączno-tkankowo, albo serowacieją i miękną. To co widzimy w płucach podczas rozbioru zwłok ludzi na suchoty przewlekłe zmarłych — ten świeży wysiew gruzełków wokoło starych ognisk, to jest wyraz ostrego skoku gruźlicy; wysiew w okresie zupełnej bezbronności ustroju; oglądamy sprawę in statu nascendi, której zwykły rozwój w ramach gruźlicy przewlekłej przerwała śmierć.

Badanie promieniami Roentgena daje — jak mówiłem — w pewnej ilości przypadków możność odróżnienia, nawet w przebiegu suchot przewlekłych, tkanki gruzełkowej, guzków gruzełkowych, od tworów łączno-tkankowych. Klasyfikacja podana na str. 243 mówi o możności rozpoznania tuberculosis acino-nodosae i odróżnienia jej od tuberculosis indurativa czy cirrhotica. Myślę jednak, że jedynie współistniejące objawy czynnościowe (gorączka, tętno, parcie krwi, odczyny humoralne, odczyn Biernackiego i t. d.) pozwalają z większą pewnością, aniżeli sam aparat Roentgena, odpowiedzieć na pytanie, azali cień rozpoznany jako guzek gruźlicy wytwórczej nie zawiera już w sobie »robaka« zserowacenia i jądra mięknącego — co nie daje się jeszcze dostrzec ani w kształcie samej plamy na kliszy, ani w cieniu ją (plamę) otaczającym.

Co jednak ważniejsza i na praktyce życiowej oparta, to fakt, że znakomita i bardzo znaczna przewaga spostrzeganych przez lekarza przypadków nie może być poddana badaniu promieniami Roentgena.

Te, zarówno teoretyczne, jak i praktyczne momenty usprawiedliwiają nieuwzględnienie w klasyfikacji klinicznej suchot płucnych przewlekłych, zmian typu gruźlicy gruzełkowej.

Jak zaś bardzo słabo jest usprawiedliwiony ze strony klinicznej ten podział — najdowodniej przekonywa tablica różniczkowa Ulriciego, który ją podał (w roku 1924) w swym podręczniku; szczegółowy rozbiór krytyczny tej tabliczki podałem w Polskiej Gazecie Lekarskiej z roku 1924-go, Nr. 44.

Podział na trzy postaci kliniczne (podział na trzy okresy) jest podziałem najstarszym; sam w sobie jest jednak zbyt szeroki; za mało mówi o danym przypadku; klasyfikacja przezemnie podana jest tego podziału i rozszerzeniem i pogłębieniem.

Wszystkie miana w tej tabliczce użyte są zrozumiałe nawet dla tego, kto tej klasyfikacji nie zna. Nie wprowadza ona pojęć nowych, ani nowych mian; klasyfikuje rzeczy znane i uznane, ale dotąd bez stałego planu, bez schematu używane, dorywczo.

Przedmiotem tego wykładu nie jest jednak klasyfikacja suchot płucnych, jeno ich *klasyfikowanie;* — jest *czynność klasyfikowania,* przedstawienie szczegółowe zasad, jakiemi się kierować należy przy wyznaczaniu danemu przypadkowi należnego mu miejsca w klasyfikacji.

Celem jest — spopularyzowanie zasad *rozpoznawania różniczkowego między jednym przypadkiem suchot płucnych przewlekłych, a innym przypadkiem suchot płucnych przewlekłych.*

Zanim do tej głównej części wykładu przejdę, poruszę jedno z pytań zasadniczych: ile w rokowaniu waży rozmiar zmian spostrzeżonych, *sam rozmiar.* Otóż odpowiedź brzmi: w przypadkach suchot włóknistych — bardzo wiele, prawie wszystko; dlatego podział topograficzny Turbana można w całości stosować w tej kategorji, ale tylko w tej; w przypadkach suchot innego typu — rozmiar zmian waży wiele, ale wcale nie wszystko; w przypadkach zaś suchot początkowych — nic, albo prawie że nic.

Rozmiary zmian w tych przypadkach, kiedy mamy zmiany gruźlicze gotowe przy lada sprzyjających warunkach (natury zakaźnej, czy mechanicznej) do »skoku« — stanowią niebezpieczeństwo proporcjonalne do rozmiarów. Rozmiar większy, ilość ognisk liczniejsza — pogarsza rokowanie, spycha przypadek do kategorji gorszej. Dlatego nawet podgojone, pomyślnie przebiegające suchoty, jeśli gruźlica zajmuje n. p. okolice płuca już poniżej drugiego żebra, to znaczy, kiedy zmiany przekroczyły już granice szczytów — zaliczamy do *phtisis declarata.* Wtedy zniszczenie tkanki oddechowej jest znaczne, a ilość źródeł szerzenia się gruźlicy — czy to na sąsiednie okolice zdrowe, czy drogą przerzutu, przez oskrzela na okolice dalsze — jest momentem obciążającym rokowanie.

Inna sprawa, jeśli mowa o rozmiarach suchot początkowych. Tu rozmiary zmian w chwili badania same przez się tak jakby nic nie mówią. Każdy przypadek suchot przewlekłych był kiedyś początkowym, zajmował małą okolicę szczytu. Nigdzie więc tak wiele nie mówi o rokowaniu określenie: *progrediens,* czy *regrediens,* czy *stationaris,* jak w okresie suchot przewlekłych pierwszym. Niewielki obszar zmian (bo nie: krótki czas trwania objawów) pozwala nam na rozpoznanie tylko: *phtisis incipiens,* choćbyśmy najcięższe mieli obawy o przebieg dalszy; bez tych bliższych określeń, samem wymienieniem okresu jako pierwszego, wprowadzamy się sami w błąd; przewidziane klasyfikacją bliższe określenia dają nam ramy, w których zmieścimy wszystko, co o przypadku wiemy; więc n. p. *phtisis incipiens manifesta progrediens acute* może mieć treść o wiele groźniejszą, aniżeli n. p.: *phtisis declarata fibro-caseosa stationaris:* ten pierwszy przypadek początkowy może łacno przegonić suchoty rozwinięte i niepostępujące.

Ograniczywszy się w tym wykładzie do suchot płucnych przewlekłych i do rokowania, jakie przedstawia każda z postaci klinicznych klasyfikacją powyższą objętych, rokowanie rozumiem zawsze, jako rokowanie pod takim kątem widzenia: suchoty płuc nawet najbardziej przewlekłe mają w zasadzie tendencję postępową; postać przewlekła lżejsza po różnie długim czasie przechodzi, wskutek skoków — w postać przewlekłą cięższą. Rokowanie mówi o tem, że w danej chwili niema (lub są) oznak zapowiadających postęp choroby; że stan w danej chwili stwierdzony zawiera bardzo wiele (n. p. *phtisis declarata fibrosa),* lub niewiele (n. p. *phtisis declarata fibro-caseosa),* czy też mało (n. p. *phtisis declarata caseosa)* szans zatrzymania się postępu choroby na czas dłuższy. Tam zaś, gdzie szans tych widzimy mało, trzeba mieć na pamięci możliwość postępu trwałego i przyśpieszonego, możliwość przejścia postaci przewlekłej w postać ostrą.

Nie należy jednak zbyt łatwo o tem przejściu wyrokować; szczególniej — co się wyda rozumowaniem paradoksalnem — gdzie wniosek o ostrem pogorszeniu chcemy oprzeć głównie na wyniku badania promieniami Roentgena. Ta bowiem metoda za bardzo przekonywująco, naocznie, wykazuje zmiany za pneumoniczne uważane, a które jednak być mogą bądź jedynie ostrym nawałem płuc (*congestio pulmonum),* bądź szerokim pasem zapalenia obwodowego *(inflammatio perifocalis; oedema collaterale);* sprawy, których istnienie aż do Roentgena albo zgoła nie było znane, (bo przy rozbiorze pośmiertnym zwłok — jako przedewszystkiem czynnościowe — nie były widoczne), albo, jak przekrwienie ostre płuc, nawał, nie było uznawane w klinice, wyjąwszy klinikę

francuską. Te objawy na kliszy, jeśli otaczają cień zgęszczenia tkanki, piętnują czasem zgęszczenie, jako obraz ogniska wysiękowego; jeśli są samoistne — wydają się tembardziej dowodem nacieczenia pneumonicznego. A jednak mogą to być zmiany efemeryczne, po paru lub kilkunastu dniach przemijające! Dlatego, jak dotąd, nie należy zbyt pochopnie dawać przewagi — przy określaniu charakteru jakości zmian w płucach — wyłącznie wynikom badania aparatem Roentgena. Dodać jeszcze muszę, że nie wszystko, co w płucach aparat Roentgena wykaże w przebiegu suchot płucnych, musi być pochodzenia gruźliczego. Mimo tego, te objawy przekrwienia, dające wyraźne zamglenie lub zaciemnienie w polu powietrznem, a znikające z czasem bez śladu (na kliszy i w obrazie klinicznym) — są przeważnie zależne od lasecznika Kocha. Stosowana dotąd zasada wnioskowania z jednego zdjęcia — musi czasem zawieść; wiem, jak trudno bywa nakłonić chorego (jeśli jest to wogóle technicznie wykonalne) do zdjęć roentgenograficznych powtórnych; tyle jednak zawsze możemy: nie wnioskować pochopnie z jednej kliszy, szczególnie o zmianach spostrzeżonych w czasie skoku choroby.

Przechodząc do zasad klasyfikowania suchot płucnych przewlekłych, przypominam, że celem tej czynności jest *możliwie wyczerpujące rozpoznanie indywidualne*; uwzględnienie współrzędne wszystkich uchyleń od norm morfologicznych i uchyleń czynnościowych. W pierwszej części były omawiane oddzielne objawy, przyczem była — naprzemian — mowa raz o ich wartości rokowniczej, to znów — o klasyfikacyjnej; była też mowa i o wartości djagnostycznej wielu objawów. *Bo klasyfikowanie polega na projekcji metod djagnostycznych na rokowanie* (Kraus) *przy pomocy kombinowania zasad anatomo-patologicznych z klinicznemi.*

Tuberculosis abortiva.

Ujęte w punkcie 6 określenie suchot płucnych przewlekłych nie uwzględnia dwu spraw gruźliczych w płucach, jako gruźlica nieostra powstających. Po pierwsze, owrzodzenie pierwotne *(affectio primaria)*, które po wciągnięciu w krąg zmian gruźliczych gruczołów płucnych najbliższych — pozostaje jako blizna przez całe życie (jeśli się nie szerzy — w dzieciństwie, tworząc wtedy punkt wyjścia spraw podostrych i ostrych).

Powtóre, pewna sprawa chorobowa szczytowa, tem różna w swym rozwoju od suchot płucnych przewlekłych, że niema tendencji szerzenia się, że — przeciwnie — przez lata i aż do końca zostaje zawsze sprawą gruźliczą do szczytu jedynie ograniczoną.

Objawy tej postaci gruźlicy płuc przewlekłej opisał pierwszy Bard; nazwał ją *gruźlicą poronną, tuberculosis abortiva.* (Bernard mówi: *tuberculosis fibrosa localisata*).

Jeżeli owrzodzenie pierwotne zależy — co się rozumie samo przez się — od infectionis primariae, jeżeli suchoty płuc przewlekłe uważamy za zależne od zarażenia gruźliczego wtórnego (reinfectio), to o gruźlicy poronnej nic stanowczego powiedzieć nie można. Być może, że w pewnych przypadkach zależy od zarażenia pierwotnego (może stanowi owrzodzenie pierwotne tu, w szczycie, umiejscowione); w innych przypadkach jest tego samego pochodzenia, co i suchoty płucne przewlekłe.

Zmiany gruźlicze tej postaci klinicznej właściwe, są: blizna w szczycie; szczyt wciągnięty; wokoło blizny rozedma oboczna; w bliźnie gruzełki zwłókniałe, czasem ogniska zwapnienia, skredowacenia, czasem małe rozstrzenie oskrzeli.

Zasługą Barda jest, że wyodrębnił postać gruźlicy szczytów, która nie stanowi początku suchot płucnych pospolitych; jest postacią kliniczną samoistną.

Do tej postaci należy zaliczyć przypadki o następujących cechach klinicznych.

Chorzy przeważnie bladzi, nie mający skłonności do tycia. W wywiadach częste krwotoki niewielkie (a nie — krwioplucia, nie wykształszanie plwocin z żyłkami krwi); co pewien czas — co parę miesięcy n. p. — chory wypluwa łyżeczkę, łyżkę, nieco więcej, krwi czystej — wśród zupełnego zresztą zdrowia, bez objawów ogólnych. Czasem niewielkie podniesienie ciepłoty, szybko mijające; małe ilości plwocin — nie zawierających laseczników Kocha. Objawy szczytowe — jak przy suchotach początkowych — jak przy *phtisis incipiens manifesta stationaris* lub przy *tuberculosis apicalis obsoleta*: wąskie pola Kröniga, stępienie z przydźwiękiem bębnowym, przewodnictwo głosowe wzmożone, szept wyraźny, wdech często szorstki, wydech wydłużony; na kliszy zmiany w szczytach niewielkie; wyraźne gruczoły wnękowe; przy kaszlu szczyt lub szczyty źle się rozjaśniają, allergja mocna. Odczyn Biernackiego ujemny. Odczyn tuberkulinowy bardzo silny.

Rozpoznanie wolno postawić po dłuższem spostrzeganiu, albo na zasadzie wiarygodnych wywiadów.

Wartość klasyfikacyjna postaci Barda jest wielka; tu mieszczą się przypadki, które przez długie lata są uważane za »kandydatury« na suchoty, ale do tego nigdy nie dochodzi. Tryumfy lecznicze wielu metod i środków bledną w oczach znawców tej postaci klinicznej. (Więcej szczegółów patrz w mojem compendium: „Suchoty płuc pospolite“ rok 1922).

I. Phtisis pulmonum incipiens.

Phtisis pulmonum incipiens occulta. Sokołowski wyodrębnił szereg skrytych postaci suchot płucnych, (phtisis pulmonum larvata). »Postaci poczynających się suchot płucnych, przy których objawy ze strony dróg oddechowych i stanu ogólnego ustępują na plan drugi, natomiast występuje z początku na plan pierwszy grupa innych zupełnie objawów, w wysokim stopniu maskujących rozwój gruźlicy«.

W określeniu Sokołowskiego jedno jednak trzeba zmienić: nie zawsze te »maski gruźlicze« (Neuman, Hollós) okazują się gruźlicą płuc, suchotami płucnemi przewlekłemi. Mogą te same objawy, rozpoznawane jako choroba serca, zimnica, błednica — być wyrazem gruźlicy pozapłucnej, albo gruźlicy płucnej ostrej.

Z tem ograniczeniem powiedzieć należy: obrazy chorobowe opisane jako postaci suchot płucnych skrytych, jeśli okażą się zależnemi od przewlekłej gruźlicy płuc — należą do postaci klinicznej suchot początkowych utajonych.

Z chwilą kiedy objawy ogólne i współcześnie istniejące objawy pozapłucne (n. p. wykwity skórne natury gruźliczej; zapalenie opłucnej; powiększone gruczoły chłonne i t. p.) pozwolą rozpoznać, że rzekoma zimnica, czy rzekoma błednica, czy rzekoma choroba serca, czy wreszcie choroba żołądka (W. Janowski) zależy od gruźlicy płuc — a badanie niepozwoli jeszcze na pewne ustalenie okolicy płuc zajętej przez zmiany gruźlicze — mówimy o *phtisis pulmonum incipiens occulta.*

Ten stan jest okresem przejściowym; jeśli nasze rozpoznanie nie jest mylne, kwestją jedynie czasu być musi przejście tej postaci w postać sąsiednią: *phtisis pulmonum incipiens manifesta.*

Nie mając w planie opisywania tu podstaw różniczkowania tych postaci Sokołowskiego, powiem tylko, że z szeregu przezeń wyliczonego skreślić należy postaci: rzekomo opłucnową (jest to w rzeczywistości gruźlica opłucnej) i rzekomo rozedmową (jest to gruźlica włóknista ludzi starych, więc suchoty rozwinięte). Trzeba natomiast tu wprowadzić: postaci maskujące choroby nerwowe czynnościowe (neurastenja); zaburzenia menstruacyjne; zaburzenia czynności gruczołu tarczowego (*hyperthyreosis*).

Phtisis pulmonum incipiens manifesta. Rozpoznanie obecności suchot płucnych uważamy za dokonane; rozpoznanie postaci chorobowej, mającej w zasadzie postępowy kierunek rozwojowy, musimy, mówiąc o okresie pierwszym, określić przez ustalenie jej granic; musimy ustalić ponad jakie objawy nie może przekroczyć obraz choroby, by go wolno zaliczyć jeszcze do suchot początkowych. Tylko następne objawy są jeszcze właściwe postaci początkowej suchot płuc; wszysto zaś ponad rozmiary niżej określanych zmian tkankowych i ponad natężenie zmian czynnościowych — będzie dany przypadek kwalifikowało już do postaci rozwojowych dalszych.

Trwanie zmian, trwanie objawów suchot płucnych może być bardzo różne; w jednym przypadku mamy zmiany

zupełnie świeże, w innym przypadku suchot początkowych trwają one już długie lata. Dopóki bowiem rozmiar zmian pozostaje z obu stron klatki piersiowej: powyżej obojczyka — z przodu i nie dochodzi do grzebieni łopatek — z tyłu; lub też tylko z jednej strony: pozostaje powyżej żebra drugiego, dopóty mówimy o suchotach początkowych, chociażby już zmiany trwać miały od dawna.

Trudniej mówić o rozmiarach i granicach właściwych suchotom płuc początkowym przewlekłym, jeśli — co jest wyjątkiem — zaczynają się zmiany gruźlicze od wnęki płuca lub innej jeszcze okolicy, pozostawiając szczyty wolne. Należy wtedy o rozmiarach powiedzieć tylko, że są one niezbyt znaczne i — co ważniejsza — ograniczają się do jednego ogniska, nie są wielokrotne. Rozpoznanie rozmiarów ogniska w braku zmian w szczytach musi być oparte na roentgenogramie.

Na tej przestrzeni, więc nad jednym ze szczytów, lub nad obydwoma możemy znaleźć objawy kliniczne, świadczące o świeżem zajęciu lub o dawnem, wykazujące się bądź blizną, bądź nacieczeniem świeżem, objawami ze strony oskrzeli, objawami niedodmy, rozedmy i t. d.

Trudną jest sprawa obecności jamy: czy sam przez się ten dowód rozpadu upoważnia nas do bezwarunkowego przesunięcia badanego przypadku do kategorji dalszej. Otóż dzięki promieniom Roentgena i nowym badaniom anatomicznym wiemy, że obecność jamy nie zawsze nakazuje zaliczać przypadek do typu klinicznego gruźlicy rozpadowej. Jamy małe goją się; ich obecność nie obciąża rokowania w tak bezwzględny sposób, jak o tem dotąd sądzono. Obecność więc jam niewielkich mieści się jeszcze w postaci klinicznej suchot początkowych; wielkie nie mieszczą się już w tym okresie.

Jeśli klasyfikacja Turbana i podobne tak bardzo boją się jam, to dlatego, że obecność jamy może źle rokować, jeśli jama jest czynna; nie mają bowiem w schemacie te klasyfikacje możności wypowiedzenia tego, co o stanie jamy dawałoby świadectwo; klasyfikacja Turbana określająca okres pierwszy jako obejmujący »schorzenia lekkie« eo ipso nie chce tu widzieć żadnych jam.

W schemacie klasyfikacji tu opisywanej możność oznaczenia stanu czynnościowego sprawy chorobowej pozwala na pozostawienie jam w okresie pierwszym, bo ostrzeżenie w postaci epitetu: *progrediens acuta*, aż nadto wyraźnie zapowie, że zmiany, aczkolwiek w danym momencie zajmują przestrzeń niewielką — mają tendencje organizmowi wrogie.

Tyle o tem, że zmiany nie przekraczające powyżej wskazanych granic, należą do postaci suchot płuc przewlekłych początkowych.

Samem jednak określeniem terenu, którego rozmiarów zmiany w danej chwili nie przekroczyły, mówimy mało, dalecy jesteśmy od rozpoznania indywidualnego.

Wszystkie dane o objawach czynnościowych użytkujemy starając się odpowiedzieć na pytanie schematu: *stationaris? progrediens? (chronica, acuta)? regrediens?*

Progrediens — to znaczy: od pewnego czasu postępujące osłabienie, pogarszanie się samopoczucia, chudnienie, utrata łaknienia, poty, gorączka, zdenerwowanie, tętno przyśpieszone coraz wyraźniej, spadek parcia tętniczego, kaszel, żyłki krwi w plwocinach, krwioplucie, laseczniki Kocha.

Nad okolicami zajętemi sprawą gruźliczą: objawy nacieczenia, rozmiary zmian coraz większe, objawy rozpadu miąższowego, chrzęsty, rzężenia, trzeszczenia; bóle, napięcie mięśni barkowych.

Allergja niewielka; jeśli znika to oznacza (przy braku innych przyczyn, niegruźliczych) postęp szybki, ostry: *progrediens acuta.*

Odczyn Biernackiego przyśpieszony; jeśli szybko wzrasta — to znaczy (przy braku innych przyczyn, n. p. zapalenia opłucnej, zapalnego nacieczenia i rozmiękczania gruczołów) — postęp szybki.

Jeśli nie jest to moment pierwszych zmian chorobowych to mamy skok o tendencji łagodnej, powolnej, albo też — szybkiej, ostrej.

Progrediens acuta — znaczy, że wszystkie wyliczone objawy występują w sposób i natężeniu mocnem.

Regrediens — to znaczy: siły powracają, samopoczucie staje się lepsze, waga wzrasta, łaknienie powraca, ustępują poty, gorączka, kaszel; ilość plwocin się zmniejsza. Nad okolicą zajętą gruźlicą obszar stłumienia zmniejsza się (rozessanie się zapalenia obwodowego), szmer oddechowy traci charakter oskrzelowy, objawy rozpadu zaczynają wysychać, nikną chrzęsty, trzeszczenia; ilość rzężeń się zmniejsza, ustępują bóle, ustępuje napięcie mięśni Allergja wzrasta; odczyn Biernackiego staje się powolniejszy.

Przypadek spostrzegany byłby — podług klasyfikacji n. p. Turbana i przed skokiem choroby i podczas skoku i po skoku — zawsze określany jako gruźlica płuc okresu pierwszego. Podług klasyfikacji wyżej podanej też pozostaje przez cały czas przypadkiem postaci suchot *początkowych;* ale dodanie określenia *progrediens*, nadaje zupełnie inną treść określeniu okresu choroby. Przy stosowaniu klasyfikacji Turbana chory jako niezdolny do pracy wstępował do sanatorjum w okresie pierwszym i występował — jako zdolny do pracy — też w okresie pierwszym. Dodanie przy wstąpieniu epitetu: *progrediens*, przy wypisaniu epitetu: *regrediens* (a tembardziej: *stationaris*) znów okazuje wielką usługę, charakteryzując indywidualnie dany przypadek.

Klasyfikacja moja była w r. 1913 — tym, komunikowana w sprawozdaniu z XI. Konferencji stowarzyszenia międzynarodowego do walki z gruźlicą (Onzième Conference Internationale contre la Tuberculose. Rapport. Berlin. Rok 1913. strona 421). W kilku klasyfikacjach po tem przez klinicystów niemieckich zaleconych znajduję echa tego komunikatu. Tak n. p. Bacmeister (w r. 1918) podał taką klasyfikację gruźlicy płuc:

I.
Tbc progrediens
stationaris
ad latentiam petens
latens

II.
Tbc indurativa
disseminata
pneumonica (broncho-pneumonia,
pneumonia
lobaris).

III.
Tbc aperta
occlusa

IV.
Tbc apicem (c. caverna)
hilum »
lobum sup. »
ad: » med. »
» inf. »
dextra-sinistra).

Rozpoznanie brzmi n. p.: Tuberculosis progrediens disseminata aperta ad lobum medium pulmonis dextri.

Gdy mowa o klasyfikacjach suchot płucnych, wskazać muszę jeszcze na klasyfikację Barda. Podałem ją in extenso i obszernie streściłem w »Odczytach klinicznych«, o których mowa na wstępie. Klasyfikacja ta znalazła w Niemczech gorącego i utalentowanego orędownika w osobie W. Neumanna (z Wiednia). Przerobił on klasyfikację Barda i podaje ją (rok 1924) w następującej postaci (bliskiej klasyfikacji Bard-Pierry):

I. Affectiones pulmonis parenchymatosae.
A. Tuberculosis abortiva.
B. Affectiones progressivae:
1. Caseosae: phtisis caseosa
a) lobaris
b) phtisis gallopans
2. Fibroso-caseosae: phtisis fibrocaseosa.
a) phtisis fibrocaseosa communis
b) splenopneumonia
c) phtisis cavitaria ulcerosa
d) tuberculosis cavitaria stationaria
e) phtisis ulcero — fibrosa cachecticans
3. Fibrosae:
a) cirrhosis pulmonum (Pneumonia tuberculosa hyperplastica).
b) tuberculosis fibrosa densa.
c) tuberculosis fibrosa diffusa c. emphysemate
II. Affectiones interstitiales tuberosae:
a) tuberculosis miliaris
b) tuberculosis miliaris suppurativa
c) tuberculosis miliaris migrans
d) tuberculosis miliaris discreta
e) typho — tuberculosis Landouzy
III. Affectiones tuberculosae bronchiticae:
a) bronchitis capillaris tuberculosa
b) broncho — pneumonia tuberculosa
c) bronchitis tuberculosa chronica cum peribronchitide et bronchiectasia
d) bronchitis tuberculosa chronica superficialis cum emphysemate
IV. Tuberculosis postpleuritica:
a) pleurite a répetition
b) tuberculosis postpleuritica fibrosa (phtisis fibrosa corticalis.
c) pleuropneumonia tuberculosa (pneumonia pleurogenes tuberculosa chronica).
d) phtisis fibrocaseosa corticalis.

O tej klasyfikacji, ogarniającej wszystkie postaci gruźlicy płuc, ostre i przewlekłe, należy powiedzieć, że w wielu przypadkach pozwala na ściślejszą, subtelniejszą, aniżeli inne klasyfikacje, analizę patogenezy zmian anatomicznych i objawów klinicznych. To jest jej wyższość, przez inne klasyfikacje niedościgła. Jej stronę ujemną stanowi, że w praktyce rzadko mamy możność przeprowadzenia tak ścisłej analizy. Nie prawidło zresztą codzienne, ale wyjątek stanowią przypadki, kiedy taka analiza jest i potrzebna i możliwa. Dodam, że tylko bezpośrednie obcowanie z mistrzami kliniki nauczy stosowania tej klasyfikacji; łatwo natomiast wpaść w nadużywanie tych terminów, w samo — złudzenie przez stawianie rozpoznań subtelnych, które stać się mogą frazeologją terminologiczną.

Stationaris, to znaczy: minęły wszystkie objawy obecności czynnego ogniska gruźliczego w płucu. Czasem stan ten nie różni się od *tuberculosis obsoleta*, a jedynie krótki czas dzielący go od przebytego skoku choroby nie pozwala na użycie ostatniego terminu. Innym razem, prócz zmian miejscowych właściwych bliźnie w szczycie, spostrzegamy: nieco kaszlu, chrząkanie, tętno przyśpieszone, parcie krwi niżej normy, łatwe zaziębienie, zmniejszoną wydolność fizyczną i moralną. Odczyn Biernackiego niebardzo przyśpieszony, ale szybszy, aniżeli norma (n. p. 2 godziny). Allergja żywa. W sumie: suchoty płuc początkowe podgojone, ale nie zagojone; nie wolno jeszcze mówić o zdrowiu, chociaż skok choroby już minął.

Phtisis pulmonum declarata.

Niema jakichś słupów granicznych pomiędzy postacią suchot początkowych, a postacią suchot rozwiniętych.

Postęp zmian anatomicznych w kierunku ku dołowi — oto cecha tej postaci; obszar zmian przekracza szczyty, przerzuca się na stronę przeciwną.

Stępienie na przestrzeni znacznej, często z przydźwiękiem metalicznym; rzężenia obfite, często dźwięczne. Jamy już niemałe. Skoki choroby częste, trwają dłużej, niż w postaci pierwszej; nie zawsze zajmuje skok okolicę sąsiadującą z ogniskiem dotychczasowem; sprawa przerzuca się na okolice odległe; tam spostrzegamy trzeszczenia, bardzo drobne rzężenia, chrzęsty, zmiany w charakterze szmeru wdechowego — a z czasem i stępienie. W dalszym rozwoju choroby oddzielne rozrzucone ogniska zlewają się.

W plwocinach coraz łatwiej wykazać laseczniki Kocha, włókna elastyczne, wielkie ilości białka. Odczyn Biernackiego przyśpieszony wyraźniej, nawet w okresie po za skokiem, ponieważ obszar zajęty jest znaczny, ilość tkanek rozpadających się wielka, więc wsysanie wytworów rozpadu trwa i po złagodzeniu skoku

W czasie skoku choroby ciepłota dochodzi do znacznej wysokości; ale i po przeminięciu — trwa nieraz stan podgorączkowy (*progrediens chronice)*. Tętno jest przyśpieszone; poty nocne. Chory traci na wadze; miewa krwotoki.

Przy takich objawach rozpoznajemy *phtisis pulmonum declarata fibro caseosa progrediens;* zależnie od nasilenia objawów: *progrediens chronice*, czy też *acute*. Jeśli skok ma się ku ustąpieniu, sprawa chorobowa ku poprawie, mówimy o *progrediens chronice*, potem *regrediens*, wreszcie o *stationaris*.

Im dłużej trwa choroba, tem częściej stan *stationaris* przechodzi w stan *progrediens*, a każdy okres postępu trwa dłużej, by wreszcie przejść w postać trzecią.

Jeśli przeważają zmiany włókniste, ujawniające się znanemi zmianami fizykalnemi i czynnościowemi, jeśli te zmiany zajmują obszar przekraczający szczyty, mówimy o *phtisis pulmonum declarata fibrosa*.

Wystąpienie objawów pneumonicznych, zserowacenia i rozmiękczenia, na znacznej przestrzeni — nakazuje użycie terminu *phtisis pulmonum declarata caseosa, progrediens acuta* lub *chronica;* i ta sprawa może nabrać tendencji pokojowych; mówimy wtedy o postaci *regrediens;* wtedy jesteśmy świadkami powstawania jam o ścianach twardniejących, jam nie powiększających się.

III. Phtisis pulmonum chronica consumptiva.

Chory ze sił wyczerpany, zwykle wychudły; wszelki wysiłek fizyczny kończy się dusznością. Ma w wywiadach długą historję o przed laty spostrzeżonem krwiopluciu, o trwającej od tego czasu skłonności do zaziębień; o grypach i zapaleniach gorączkowych oskrzeli, o krwotokach; chorym czuje się od lat wielu, ale z początku »zaziębiał się« rzadko, a skutki zaziębienia trwały po parę tygodni; w ciągu lat ostatnich zaziębia się, lub dostaje grypy, częściej, co za każdym razem trzyma go w łóżku po parę miesięcy. Oglądanie wykrywa zniekształcenie klatki piersiowej, opuszczone ramiona, zwisającą klatkę, asymetrję obu jej połów, opuszczone i asymetrycznie leżące łopatki, asymetrję obojczyków, wciągnięcie dołów nadobojczykowych; na skórze charłaczej wykwity, na udach *trombophlebitis; oedema pedum;* paznogcie często zakrzywione w dziób papugi, paliczki ostatnie kolbowato rozszerzone. Tętno najczęściej bardzo przyśpieszone, parcie tętnicze obniżone; kaszel z plwocinami.

To są, mniejwięcej, objawy właściwe chorym tej postaci suchot. Ale znajdujemy szereg innych objawów, które wśród tych chorych pozwalają na daleko idącą klasyfikację.

Weźmy typ najczęstszy; typ kliniczny zależny od współistnienia zmian włóknistych i zserowaciałych. Objawy ogólne — jak wyżej. Gorączka zmienna: albo naogół niewielka, stała, albo okresy bezgorączkowe występują naprzemian z gorączkowemi; gorączce towarzyszą dreszcze i poty; typ gorączki albo stale wysoki, albo hektyczny. Tętno stale około 120, parcie krwi nizkie.

Kaszel z obfitemi plwocinami; odksztuszaniu plwocin towarzyszą często wymioty. Domieszka krwi do plwocin; od czasu do czasu krwotoki, po których stan się pogarsza. W plwocinach włókna sprężyste; ilość białka w plwocinach przekracza 6%. Odczyn Biernackiego poniżej 60, czasem zaledwie tylko 15 minut. Badanie fizykalne wykazuje obok obszaru zmian włóknistych — objawy zmian serowatych, a po skoku, po krwotoku z gorączką — nowe ogniska pneumoniczne. Objawy jamowe Liczne rzężenia, w wielu okolicach o charakterze metalicznym. Częste powikłania ze strony opłucnej, kiszek, nerek.

Badanie promieniami Roentgena wykazuje obszar zmian większy, aniżeli badanie bezpośrednie, co jest skutkiem rozedmy. Zmiany tkankowe, najczęściej, w obu płucach rozrzucone.

Taki jest obraz *phtisis pulmonum consumptivae fibro-so-caseosae*.

Jeśli przy istnieniu mniejwięcej podobnych objawów, znajdziemy powikłanie przebiegu podprzewlekłego skokiem pneumonicznym, wysiękiem płatowym, który w takich warunkach zawsze przechodzi w zserowacenie, rozmiękczenie, eliminację tkanek, ich nekrotyzację i szybkie wytwarzanie jam — mamy *phtisis consumptiva caseosa:* gorączka stale wysoka, dreszcze, zlewne poty, tętno drobne, około 140 na minutę, duszność, sinica, obfite wyksztuszanie, brak łaknienia, szybki upadek sił, objawy ze strony kiszek; szybko następujące pogorszenie trwającego dotąd jako — tako cierpienia podprzewlekłego. Tak właściwie kończy się wiele przypadków suchot przewlekłych, których nie porwie przedtem nagły krwotok zaduszający, nie dobije powoli powikłanie kiszkowe, lub zapalenie skrobiowate nerek.

Postać: *phtisis pulmonum consumptiva fibrosa* przebiega inaczej; na czoło objawów wybijają się takie, jak: duszność, sinica, obrzęki, zastoje na powierzchni oskrzeli, zastoje w wątrobie, rozedma płuc, kaszel wysiłkowy z plwocinami raczej z oskrzeli, niż z płuc, a jednak zawierającemi laseczniki Kocha (zwykle nieliczne). Chory czyni wrażenie sercowego, lub chorego na rozedmę, a nie suchotnika, jakkolwiek zarówno wywiady, jak i wyniki uważnego badania klinicznego, nie mówiąc już o wyniku badania promieniami Roentgena, wykrywają wielką przestrzeń zmian płucnych. Ciepłota niewielka, tętno przyśpieszone, parcie krwi nie bardzo obniżone, klatka piersiowa nieraz beczkowata; przeciągnięcie serca, tchawicy (Roentgen). Obok jam, przeważnie suchych, częste rozstrzenie oskrzeli. Dalsze losy chorego są różne: najczęściej zależą od kurczących się zrostów opłucnowych, od kurczenia się tkanki płucnej i jej ucisku, od przemieszczenia serca, tętnicy głównej, tchawicy, oskrzeli. To wszystko upośledza i oddychanie i krążenie (skąd krwotoki), a istniejące — bądź co bądź — ognisko gruźlicze zatruwa współcześnie ustrój. Tacy chorzy kończą albo wskutek niedomogi prawego

serca, albo jak chory ze stwardnieniem naczyń — na *cachexia arterialis*. Inne wrota śmierci tworzy powikłanie jakąś sprawą t. zw. kataralną, zapaleniem odoskrzelowem nieswoistem. Bywa i tak, że zgon zależy od ostrego skoku sprawy zasadniczej, podgojonej; wtedy widujemy tu wybuch ostrej gruźlicy z umiejscowieniem wzdłuż oskrzeli (*peribronchitis tuberculosa*), albo wybuch prosówki ogólnej.

Z trzech postaci suchot płucnych tego okresu najdłuższe szanse życia daje ta ostatnia postać, włóknista.

Tuberculosis obsoleta.

Jeśli mamy przed sobą osobnika zdrowego, u którego badanie wykrywa zmiany tkankowe zagojone; osobnika z bliznami płuca, nie dającemi żadnych objawów czynnościowych — a chcemy scharakteryzować stan jego ustroju w stosunku do gruźlicy, na ten czas korzystamy z terminu: *tuberculosis obsoleta*.

Wiele przypadków rozedmy, przewlekłego nieżytu oskrzeli, bronchitidis astmathicae i t. p. należy, zgodnie z wykrytemi objawami, nazywać tak n. p. *emphysema pulmonum a tuberculosi pulmonum obsoleta*.

Piśmiennictwo.

Źródła, prócz przytoczonych w tekście: Aschoff. Ueber die natürlichen Heilungsvorgänge bei der Lungentphtise. 1922. — Bacmeister. Die Nomenclatur und Einteilung der Lungentuberculose vom Standtpunkte des Praktikers. Dent. m. Woch. 1918. N. 13. — Bernard. La tuberculose pulmonaire. Etudes de phtisiologie clinique et sociale. 1921. — Deutsch n. Hoffmann. Untersuchungen über das Verhalten des vegetativen Nervensystems bei tuberkulösen Erkrankungen der Lunge. Wiener klin. Wochenschr. 1913. — Hollós. Symptomatologie und Therapie der latenten und larvierten Tuberculose 1911. — Kraus. Klinische Grupierung der Tuberkulosefälle und Prognostik der Lungentuberculose. W Hb. der Tuberkulose. Brauer-Schröde-Blumenfelda. Wyd. trzecie. Tom I. 1923. — Kuthy i Wolff-Eisner. Die Prognosestellung bei der Lungentuberculose. 1914. — Neumann. Die Klinik der beginnenden Tuberculose Erwachsener. II. Der Formenkreis der Tuberkulose. — Piéry. La tuberculose pulmonaire. Séméiologie. — Formes cliniques. — Diagnostic et prognostic. 1910. — Sokołowski. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. III. Suchoty płuc. 1906.

Z praktyki.

Doc. Dr. Jakób ROTHFELD. Lwów

Przyczynek do patologji kurczów mięśni szyjnych

(Z Kliniki chorób nerwowych Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie).

Zapatrywania na patologję kurczów mięśni szyjnych uległy w ostatnich czasach zasadniczej zmianie. Podczas gdy dawniej zaliczano tę sprawę chorobową do histerji, to Oppenheim w swym podręczniku o chorobach nerwowych uważa kurcze mięśni szyjnych za wynik podrażnienia ośrodków korowych, przeznaczonych dla tych mięśni. Istotą tych stanów podrażnienia jest według Oppenheima odziedziczona, względnie wrodzona mniejsza wartościowość tych ośrodków; zmiany anatomiczne w ośrodkowym lub obwodowym systemie nerwowym nie są nam znane. W roku 1920 wypowiedział Förster [1]) przekonanie, że prawdziwy kręcz spastyczny (*Torticollis spast.*) polega na uszkodzeniu ciała prążkowanego (*corpus striatum*), a w pracy późniejszej [2]) kreśli stosunek kurczów mięśni szyjnych do atetotycznych objawów striarnych. Kręcz spastyczny jest zdaniem jego nietylko częstym objawem uogólnionej atetozy, ale często jest pozostałością przebytej ciężkiej postaci tego schorzenia. Förster uważa kręcz, podobnie jak wszelkie kurcze mięśniowe o charakterze »*tic*« za część składową atetotycznych zaburzeń ruchowych; podłoże dla tych zaburzeń stanowi ogniskowe zniszczenie tych części w ciele prążkowanem, które odpowiadają mięśniom, zajętym przez kurcze.

Dalsze wyjaśnienie w tej sprawie przyniosły spostrzeżenia Cassirera [3]), który opisał dwa przypadki kurczów mięśni szyjnych w przebiegu t. zw. kurczu torsyjnego; w jednym z tych dwóch przypadków kurcze te zapoczątkowały obraz chorobowy, w drugim wystąpiły dopiero po długoletniem trwaniu innych objawów kurczu torsyjnego. Charakter kurczów mięśni szyjnych w tych przypadkach był taki sam jak w przypadkach, w których kurcze te stanowią jedyny objaw chorobowy. W jednym z tych przypadków mógł Cassirer przeprowadzić anatomiczne badanie mózgu i wykazał obok rozlanego obrzęku mózgu ostre zmiany dotyczące komórek w *nucl. caud.* i w *putamem*; we wzgórku wzrokowym i w korze mózgowej objawy te były mniej wybitne. Drogi piramidowe bez zmian. Na podstawie tego sekcyjnego przypadku kurczów mięśni szyjnych w przebiegu kurczu torsyjnego zwraca się Cassirer przeciw pojmowaniu kurczów mięśni szyjnych jako schorzenia psychopochodnego i zalicza je do schorzeń systemu pozapiramidowego.

Podobne stanowisko zajmują i inni autorowie jak Babiński [4]), Higier [5]), Schmitt [6]), Wartenberg [7]), Moser [8]). Podczas gdy wszyscy ci autorowie opierają się przeważnie, popodobnie jak Förster i Cassirer, na przypadkach, w których kurcze mięśni szyjnych wystąpiły w przebiegu atetotyczno-striarnego zespołu objawów, do którego według Förstera należy także kurcz torsyjny, to przypadek, który poniżej przytaczamy zasługuje z tego względu na uwagę, że mamy tu do czynienia z kurczami mięśni szyjnych łącznie z zespołem akinetyczno-hypertoniczno-pallidarnym, jako dalszy dowód przynależności kurczów mięśni szyjnych do schorzeń systemu pozapiramidowego.

Chory J. P. lat 30 liczący podaje, że do czasu obecnej choroby był zupełnie zdrów. Przed trzema laty zauważył, »że mu ciągnie głowę w tył«, a towarzysze jego zauważyli, że przy pracy — chory jest cieślą — nie patrzy nigdy prosto przed siebie, tylko ku stronie lewej, przyczem zwraca głowę na lewo i ku tyłowi. To zaburzenie, które otoczenie chorego uważało za złą nawyczkę, pogarszało się stale i dolegało mu najwięcej przy chodzeniu, mniej przy siedzeniu lub leżeniu. Od pół roku zauważył wzmożone ślinienie, oraz niezgrabność w rękach, zwłaszcza w prawej; chory podaje, że ma siłę w rękach, jednak nie może się niemi tak posługiwać, jak dawniej.

Wywiady rodzinne bez znaczenia. Pije i pali miernie; *lu. neg.*



Stan obecny: Silnie zbudowany mężczyzna, średniego wzrostu. W pozycji stojącej zwraca uwagę następująca postawa ciała: głowa jest skrajnie przechyloną ku tyłowi (ryc. 1), mięśnie sutkowo-mostkowo-obojczykowe wyraźnie się uwidaczniają, tułów przechylony ku przodowi, przyczem kręgosłup jest wyprostowany, a fizjologicznewygięcie kręgosłupa w części lędźwiowej rozciąga się aż do połowy kręgosłupa piersiowego. Długie mięśnie grzbietu silnie napięte, występują po obu stronach kręgosłupa. Brzuch wciągnięty, klatka piersiowa wypuklona. Kończyny górne zgięte w stawach łokciowych, przywiedzione do klatki piersiowej, po stronie prawej więcej niż po lewej, ręce przylegają do ud, palce rąk lekko zgięte

[1]) Berl. kl. Woch. Nr. 49. 1920.
[2]) Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. T. 73. 1921.
[3]) Klin. Woch. Nr. 2. 1922.
[4]) Cyt. według Cassirera.
[5]) D. med. Woch. Nr. 38. 1922.
[6]) D. med. Woch. Nr. 48. 1922.
[7]) Z. f. d. ges. Neurol. n. Psych. T. 83. 1923.
[8]) Arch. f. Psych. 72. 1923.

w stawach śródręczo-palcowych. Mięśnie prawego łuku barkowego są silnie napięte i wybitniej występują, aniżeli po stronie drugiej; następstwem tego wzmożonego napięcia mięśni jest odstawanie prawej łopatki. Dalej uderza brak wyrazu twarzy, maskowatość i brak mimiki twarzy. Czasem zwłaszcza kiedy się głowa przechyla ku tyłowi usta zostają otwarte; jak gdyby szczęka dolna nie brała udziału w ruchu głowy ku tyłowi.

Wszystkie te objawy występują jeszcze wybitniej przy chodzeniu i zmniejszają się przy siedzeniu i w leżeniu; w chwili, kiedy chory wstaje natychmiast głowa zaczyna się powolnym, nieznacznie przerywanym ruchem przechylać ku tyłowi. Przy chodzeniu widać przy każdym kroku lekkie wstrząsania głowy ku tyłowi. Przy dłuższem chodzeniu można zauważyć nieznaczny zwrot głowy ku stronie lewej, co występuje zwłaszcza wtedy wyraźnie, kiedy choremu udało się w czasie chodzenia głowę zwrócić ku przodowi; głowa stoi wtedy pionowo, ale jest zwróconą na lewo. Chory może dowolnie czynnym ruchem przechylić głowę ku przodowi, ale ruch ten nie jest zupełnym, gdyż broda nie dochodzi na 4 palce do klatki piersiowej.

Obok ustawienia głowy i przechylenia tułowia ku przodowi przy wyprostowanym kręgosłupie zwraca uwagę sztywne trzymanie kończyn górnych i brak ruchów wahadłowych w czasie chodzenia, prawa ręka spoczywa na prawem udzie i stanowi z niem niejako jedną całość, lewa również wspomnianych ruchów wahadłowych nie wykonuje, tylko od czasu do czasu bywa potrącaną przez poruszające się udo.

W leżeniu ustawienie głowy najmniej wpada w oko; chory podaje, że i w czasie leżenia odczuwa pociąganie ku tyłowi, ale ono nie jest dla niego takie przykre. Przedmiotowo można w leżeniu stwierdzić zwiększone napięcie mięśni karkowych.

Ruchy bierne możliwe tylko przy równoczesnem pokonaniu napięcia mięśni karkowych, przyczem ku przodowi ruch nie jest zupełnym, podobnie jak ruch czynny głowy. Zwroty głowy na prawo i na lewo są wolne.

Prawa źrenica jest nieco szerszą od lewej, obie oddziaływują dobrze na światło i na akomodację. Nerwy mózgowe wolne. Mowa powolna, monotonna. Siła motoryczna kończyny górnej prawej słabsza niż lewej; napięcie mięśniowe w obu kończynach większe, po prawej większe niż po lewej, dotyczy zarówno mięśni wyprostowywaczy, jak i zginaczy i nie zmienia się w czasie trwania ruchów biernych. Odruchy na kończynach górnych prawidłowe, objaw Mayera prawidłowy. Wykonywanie ruchów powolne, skąpe; adiadochokinesa po prawej wyraźna. Czasem lekkie drżenie prawej ręki i palców. Na kończynach dolnych brak zmian, odruchy prawidłowe, odruchów patologicznych brak; brak zaburzeń czuciowych, brak Romberga, brak zaburzeń ze strony zwieraczy.

Ze strony narządów wewnętrznych brak zmian, w moczu brak składników patologicznych. Wassermann we krwi i w płynie mózgo-rdzeniowym ujemny; w płynie stwierdza się nadto: ciałek $^1/_3$, Nonne-Apelt: ujemny, Pandy: ujemny, odczyn mastixowy: ujemny, odczyn z chlorkiem złota daje czerwonawo-fioletowe odbarwienie (2) w drugiej probówce.

Badanie sprawności wątroby wykazało nieznaczną leukopenję przy próbie Widala, inne próby wypadły ujemnie.

Obok tonicznych kurczów mięśni szyjnych mamy zatem w naszym przypadku szereg objawów, należących do zbioru akinetyczno-hypertoniczno-pallidarnego: maskowatość twarzy, zwiększone napięcie mięśniowe kończyn górnych, skąpe ruchy dowolne, brak ruchów wahadłowych ramion przy chodzeniu, zwiększone napięcie mięśni łuku barkowego prawego. Tego rodzaju zespołu kurczów mięśni szyjnych z objawami akinetyczno-hypertoniczno-pallidarnemi w formie tak wybitnej, jak w naszym przypadku nie spotkałem w piśmiennictwie na ten temat. M o s e r wspomina o przypadku, w którym obok kurczów mięśni szyjnych i »*tic*« w obrębie mięśni twarzowych zaznaczał się parkinsonizm poencephalityczny, jednak czy się istotnie rozwinął ten zespół objawów, tego autor z powodu zbyt krótkiej obserwacji podać nie może. Wiemy wprawdzie, że zwiększone napięcie mięśni szyjnych i stąd nienormalne ustawienie głowy może zapoczątkować obraz parkinsonismu, jednak nigdy się tam nie pojawiają kurcze mięśniowe.

Na podstawie przytoczonych przypadków dystonji lub atetozy (Cassirer, Förster i i.) w których kurcze mięśni szyjnych były pierwszym objawem, względnie wystąpiły w przebiegu tych chorób, wnoszą wspomniani autorowie, że i odosobnione kurcze mięśni szyjnych należą do schorzeń pozapiramidowych. Przeciw temu wnioskowaniu możnaby jednak podnieść zarzut, że kurcze mięśni szyjnych spostrzegane we wspomnianych przypadkach nie są identyczne z takiemiż kurczami, występującemi jako jedyny objaw chorobowy, tylko, że jest to składowa dystonji lub atetozy. W naszym przypadku kurcze mięśni szyjnych występują bez dystonicznych lub atetotycznych objawów w zakresie innych mięśni i dzięki temu przypadek nasz uważać możemy za równoznaczny z przypadkami odosobnionych kurczów mięśni szyjnych. Równoczesne objawy pallidarne, dla których siedziba zmian anatomicznych w jądrach podstawowych jest nam znaną, przemawiają za charakterem pozapiramidowym całego zespołu objawów stwierdzonego u naszego chorego. Co do siedziby zmian anatomicznych w naszym przypadku, to należy przyjąć jedno ognisko w striatum, drugie w pallidum, przyczem pierwszem ogniskiem tłumaczy się wystąpienie kurczów mięśni szyjnych, drugiem objawy hypokinetyczno-hypertoniczne.

W sprawie etjologji nie można w naszym przypadku nic pewnego orzec; wobec objawów parkinsonowskich nasuwa się myśl, że mamy tu do czynienia z następstwami przebytego nagminnego zapalenia mózgu. Wywiady w tym kierunku dały jednak wynik zupełnie ujemny, zarówno sam chory jak i jego otoczenie twierdzą stanowczo, że do czasu obecnej choroby był zupełnie zdrów.

Dr. Aureli Bogusław MAŃKOWSKI, Wilno.
asystent kliniki dermatologicznej.

Przypadek Dermatitis herpetiformis Duhring i pemphigus oka, krtani oraz błon śluzowych *).

Z Kliniki Dermatologicznej Uniw. S. B. w Wilnie.
Dyrektor: Prof. dr. Z. S o w i ń s k i.

W roku 1884 wyodrębnił Duhring z grupy pęcherzyc skóry postać chorobową, którą nazwał *Dermatitis herpetiformis.*

Cechą charakterystyczną tej choroby odróżniającą ją od pęcherzycy (*pemphigus)* jest wielopostaciowość wysypki silne swędzenie, przebieg przewlekły z częstemi nawrotami przy stosunkowo dobrym stanie ogólnym.

Jakkolwiek pod względem klinicznym choroba ta różni się od pęcherzycy, gdzie występują zmiany tylko w postaci pęcherzy, to jednak często obserwujemy przypadki, gdzie trudno jest granicę tą przeprowadzić.

Niektórzy autorzy nie odróżniają tych dwóch chorób, a Wickham mówi że mogą być formy przejściowe między *Dermatitis herpetiformis Duhring* a *Pemphigus chronicus verus.*

Obrazy chorobowe u tego samego chorego mogą czasem przyjmować rozmaity charakter i tak Szadek opisał jeden przypadek *Dermatitis herpetiformis Duhring,* który to przypadek rok przedtem na klinice kijowskiej był rozpoznawany jako *Pemphigus foliaceus Cazenavi* i jako taki opisany, a chociaż Pellizari twierdzi, że pęcherzyca, która daje się wyleczyć jest Duhring, a Duhring nieuleczalny jest pęcherzycą, to jednak czasem zmiany na skórze są tak charakterystyczne, iż musimy rozpoznać chorobę Duhringa.

Rzadsze są przypadki, gdzie na skórze stwierdzamy chorobę Duhringa, a na błonach śluzowych pęcherzycę.

Na naszej klinice mieliśmy sposobność obserwować chorego na *Dermatitis herpetiformis Duhring* z równoczesną pęcherzycą oka, błon śluzowych jamy ustnej i nosa oraz wybitnemi zmianami w krtani, a ponieważ przypadki w których powyższe zmiany byłyby jednocześnie u tego sa-

*) Demonstrowany 22. I. 1924 r. na posiedzeniu naukowem Wil. Tow. dermatologicznego w Wilnie.

mego chorego są nadzwyczaj rzadkie i w dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem podobnych, przeto sądzę, że przypadek ten zasługuje na ogłoszenie.

Dnia 16. I. 1924 roku został przyjęty na klinikę chory K. S., rolnik, lat 37, żonaty. Rodzice umarli na tyfus mając lat około 50. Rodzeństwa ma 8; wszyscy zdrowi. Żonaty od 10 lat. Dzieci ma 4, z czego najstarsze liczy lat 8, najmłodsze 3 miesiące. Dzieci wszystkie zdrowe. Przed 15 laty chorował na tyfus. Chorób wenerycznych, jakoteż innych chorób zakaźnych nie przechodził.

Obecna choroba rozpoczęła się przed 2 laty występowaniem pęcherzy silnie swędzących na obydwu podudziach. Pęcherze te występowały napadowo w ciągu 1½ roku. W trzy miesiące po wystąpieniu pęcherzy na podudziach chory ochrypł,



oraz zauważył częste występowanie pęcherzyków w gardle, na wargach i języku. Pęcherze te jedne ginęły inne występowały, chrypka zaś trwa bez przerwy. Kiedy przed 1½ rokiem pewien lekarz zapisał mu do wewnętrznego zażywania *Kali jodatum* wystąpiły na całem ciele wielkie pęcherze utrzymujące się przez kilka tygodni. Od 4 miesięcy zaczęły występować napadowo pęcherze pod pachami, na spojówkach i w jamie ustnej, zaś na piersiach i karku plamy, oraz krostki. Od tego czasu z okolic pach pęcherze nie ustępowały, jednak pękając odsłaniały powierzchowne ranki silnie sączące i swędzące. Przed 1½ miesiącem wytworzył się pęcherz na prawej rogówce, a chory w przeciągu 3 tygodni oślepł na prawe oko. Chory uskarża się na silny świąd i utrudniony oddech.

Stan obecny: Chory wzrostu średniego, szczupły, budowy kostnej prawidłowej, wagi ciała 68,8 kg. Na skórze pod pachami w części środkowej widzimy powierzchowne nadżerki barwy różowo-czerwonej o konturach zatokowatych i festonowatych, jakoteż tu i ówdzie strupy. Na obwodzie nadżerek spotyka się resztki zdrapanych pokryw pęcherzy. Z nadżerek wydobywa się wielka ilość płynu surowiczo-ropnego silnie cuchnącego. W częściach obwodowych pachy liczne pęcherze wielkości ziarnka grochu i fasoli leżące na skórze nie zaczerwienionej i jedne z nich o pokrywie silnie napiętej zawierają płyn przeźroczysty, inne starsze o pokrywie pomarszczonej płyn mętny, częścią ropny. Na piersiach, szyji i karku dość obficie rozsiana wysypka wielopostaciowa. Obok krostek leżących na zaczerwienionej skórze widzimy grudki i plamy barwy ciemno-czerwonej, których wielkość waha się od ziarnka soczewicy do 20 groszówki. Ogniska te leżą pojedynczo nie zlewając się ze sobą. Na plamach ciemno-czerwonych wielkości jaja kurzego, a leżących w linji pachowej widzimy na obwodzie bardzo liczne drobniutkie pęcherzyki wielkości główki szpilki. Na wardze dolnej 3 pęcherze wielkości ziarnka prosa i grochu o płynie przeźroczystym. Na języczku i podniebieniu miękkiem kilka pęcherzy wielkości ziarnka grochu i fasoli o płynie ropnym. Na błonie śluzowej nosa powierzchowne nadżerki o konturach nieregularnych. W okolicy krzyży, oraz na kończynach górnych i dolnych bardzo liczne zmiany barwikowe po zagojonych pęcherzach w postaci plam barwy ciemno-brunatnej wielkości paznokcia, orzecha włoskiego i jaja kurzego. Stopy i dłonie wolne.

Badanie krtani wykonane w klinice laryngologicznej Un, S. B. wykazuje: niedowład strun obu.

Struny fałszywe pokrywają struny prawdziwe. Na tylnej ścianie zgrubienie, nacieczenie i jakoby powierzchowne owrzodzenie.

Badanie okulistyczne wykonane przez Dr. Abramowicza wykazuje: oko prawe: całkowite zrosty spojówki powiekowej z gałką oczną (*Symblepharon totalis*). Zeskórnienie powierzchni gałki (*Xerophtalmus*). Oko lewe: pęcherzyk wielkości ziarnka soczewicy w zewnętrznym kącie dolnej powieki. Skurczenie załamków w znacznym stopniu. Zrosty spojówki powiekowej z gałką oczną. (*Symblepharon posterior*) na dolnej powiece w kwadrancie zewnętrznym i w górze na wewnątrz. Rogówka bez zmian. Dno prawidłowe.

W narządach wewnętrznych prócz niestałego szmeru nad koniuszkiem serca zmian chorobowych niema. Stolce normalne a chory nie odczuwa żadnych dolegliwości ze strony narządów trawienia. W systemie nerwowym prócz dość silnie zaznaczonego *dermographismu* zmian patologicznych nie stwierdza się. Odczyn Wassermanna ujemny.

Badanie krwi wykazuje: Ciałek czerwonych 6,100.000, ciałek białych 7.080, limfocytów 25%, leukocytów obojętno-chłonnych 69%, eozyno-chłonnych 4%, ciałek przejściowych 2%. Krzepliwość krwi 10 minut. Hemoglobiny 64% (Sahli). Lepkość krwi 4,6 opadanie ciałek czerwonych przyśpieszone (100 minut aparatem Linsenmeiera). Moczu na dobę 1100 gr, oddziaływania kwaśnego c. g. 1027. Składników patologicznych brak. W zawartości pęcherzyka stwierdza się: limfocytów 65%, leukocytów obojętno-chłonnych 32,5%, eozyno-chłonnych 0,5%, ciałek przejściowych 2%.

W treści świeżego pęcherza nie stwierdza się mikroskopowo, jakoteż bakterjologicznie żadnych drobnoustrojów.

Próba wywołania na skórze zdrowej pęcherza przez zaszczepienie zawartości pęcherza dała wynik ujemny, mimo zabezpieczenia miejsca zaszczepienia szkiełkiem zegarkowem od wpływów zewnętrznych.

Chory pozostawał na naszej klinice do dnia 28. I. b. r. Przez cały ten czas ciepłota wahała się od 36,6°—37,4°. W czasie pobytu w klinice otrzymywał chory co drugi dzień wstrzykiwania dożylne 10 gr 10% *natr. bromatum* w roczynie soli fizjologicznej. Wpływ leczenia na zmiany na skórze był nadzwyczajny, gdyż już po 2-gim zastrzyku sączenie i swędzenie pod pachami zmniejszyło się, a nadżerki trwające stale od 4 miesięcy zaczęły goić się, tak, iż po 6-ciu zastrzykach skóra pachy lewej wróciła do normy, a pod pachą prawą pozostały tylko nieliczne nadżerki. Świąd ustąpił zupełnie. Miejscowo chory nie stosował żadnych środków. Chory po wypisaniu się na własne żądanie z kliniki, leczy się ambulatoryjnie, gdzie w dalszym ciągu 2 razy w tygodniu otrzymuje zastrzykiwania bromu. Podczas pobytu w klinice oraz obserwacji ambulatoryjnej stwierdziliśmy kilkakrotnie wyrzucanie pęcherzy na błonach śluzowych jamy ustnej. Na skórze — prócz reakcji jodowej, o której mówię — świeżych wyrzutów było tylko kilka.

W przytoczonym przypadku ze względu na wielopostaciowość wysypki na skórze, silny świąd, oraz doby stan ogólny rozpoznawaliśmy *Dermatitis herpetiformis Duhring.*

Na spojówkach rozpoznaje się z całą pewnością *pemphigus*, albowiem wystąpienie zeskórnienia w przeciągu 3 tygodni przy świeżem powstawaniu zrostów spojówkowych,

oraz obecność tworów pęcherzykowych na błonach śluzowych i skórze wykluczają inne rozpoznanie.

W grudniu 1924 roku Louste, Dupuy-Dutemps ogłosili dwa przypadki pęcherzycy spojówek oka oraz podają, iż w przeciągu ostatnich 20 lat znaleźli opisanych takich przypadków tylko 15.

Z przypadków przez nich opisanych jeden zasługuje na szczególną uwagę, gdyż na skórze rozpoznali *Dermatitis herpetiformis Duhring* — na spojówkach zaś *pemphigus*.

W krtani podobne zmiany jak w wyżej przytoczonym przypadku daje także *lues*, a ponieważ *pemphigus* krtani należy do chorób bardzo rzadkich, przeto czasem przypadki takie, o ile nie stwierdza się pęcherzy na skórze lub błonach śluzowych mogą być mylnie rozpoznawane. U naszego chorego objawy ze strony krtani wystąpiły w 3 miesiące po pojawieniu się pęcherzy na podudziach, a ponieważ na błonie śluzowej jamy ustnej stwierdzamy pęcherze, zaś anamneza, jakoteż wynik badania krwi przemawia przeciw kile, przeto niemal stanowczo możemy przypuszczać *pemphigus* krtani.

W. Weiss opisuje w roku 1921 dwa przypadki pęcherzycy krtani, gdzie w jednym przypadku podobnie, jak u naszego chorego przyszło do nadzwyczaj rzadko obserwowanej i opisywanej stenozy wskutek następowego zbliznowacenia.

W obrazie krwi naszego chorego uderza zwiększona ilość ciałek czerwonych, którą Kartamischew ttumaczy zagęszczeniem krwi wskutek oddania tkankom surowicy. Podobne obrazy obserwował on przy pęcherzycy, gdzie ilość ciałek czerwonych wynosiła 6,800.000. Objaw ten uważa za charakterystyczny dla pęcherzycy w stadjum wyrzucania pęcherzy, a o ile stan chorobowy poprawia się ilość ciałek czerwonych spada.

Przy *Dermatitis herpetiformis Duhring* często stwierdzają zwiększoną ilość leukocytów eozyno-chłonnych we krwi, jakoteż w zawartości pęcherza.

Jest to objaw częsty, jednak brak zwiększonej ilości eozynofilów — podobnie, jak było u naszego chorego — nie może przemawiać przeciw chorobie Duhringa. Eliascheff uważa ten objaw za bardzo częsty, jednak nie patognomiczny dla tej choroby. W 17 badanych przez nią przypadkach ilość leukocytów eozyno-chłonnych we krwi wynosiła od 0,5% do 44%. W jednym zaś przypadku nie było ich całkiem.

Bardzo ciekawą przy *Dermatitis herpetiformis Duhring* jest wrażliwość chorych na *Kali jodatum*.

Hildebrandt obserwował jeden przypadek, gdzie chory dostał preparat jodowy i wystąpiły zmiany, jak przy *Dermatitis herpetiformis* i mimo natychmiastowego zaprzestania używania jodu, stan ten trwał przez rok. W Spitzera przypadku chora po otrzymaniu *Kali jodatum* z powodu *Bronchitis* reagowała bardzo ciężką i obfitą wysypką pęcherzową.

Wrażliwość w tej chorobie na *Kali jodatum* jest przy zastosowaniu wewnętrznem jakoteż zewnętrznem w postaci maści. Eljascheff podaje, iż wrażliwość na *Kali jodatum* przy podaniu wewnętrznem jest 80%, przy zastosowaniu zewnętrznem 60%, a Nägeli przy wewnętrznem 47%, przy zewnętrznem 28%. Ponieważ chory nasz w anamnezie podawał, iż po zażyciu *Kali jodatum* wystąpiły pęcherze na całem ciele, przeto nie chcąc narażać go na wystąpienie świeżych pęcherzy na oku lub krtani zastosowaliśmy *Ung. Kali jodati* miejscowo. Po nasmarowaniu dość grubej warstwy maści na gazę i nałożeniu na ramię umocowaliśmy ją bandażem pozostawiając przez 24 godzin. Chory po 12 godzinach czuł w tem miejscu silne pieczenie, a po dobie miejsce opatrzone maścią usiane było pęcherzami wielkości ziarnka soczewicy i fasoli.

Pęcherze w dalszym ciągu powiększały się, a po 2 dobach niektóre z nich przybrały wielkość orzecha włoskiego.

Przyczyna powstawania choroby Duhringa nie jest jeszcze wyjaśnioną. Jedni uważają ją za powstałą na tle nerwowem, inni wskutek samozatrucia, niektórzy sądzą, że wywołują ją bakterje, a także teorja o wpływie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu ma swoich zwolenników.

Ponieważ u naszego chorego wpływ bromu na zmiany na skórze był wybitny, przeto najbardziej uzasadnioną wydaje nam się teorja nerwowa.

Piśmiennictwo.

1) Louste, Dupuy-Dutemps. Bulletin de la Societe Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 1924. Nr. 9. — 2) Eliascheff. Acta Dermato-venereologica 1923. Vol. IV. Fasc. 2. — 3) Spitzer. Archiv für Dermatologie u. Syphilis 142 Band, 2 Heft. — 4) Kartanischew. Archiv für Dermatologie u. Syphilis 148 Band, 1 Heft. — 5) Weiss. Monatsschrift für Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinologie 1921. Z. 9. — 6) Venturi. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1924, Nr. 11. — 7) Lebedjew. Dermatologische Wochenschrift 1924, Nr. 35. — Mraček. Handbuch der Hautkrankheiten.

Lucjan JELENKIEWICZ. Warszawa.

Prosty sposób przetaczania krwi.

(Z Oddziału Władysława Janowskiego w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie).

Przetaczanie krwi zyskało sobie ogólne uznanie, jako doniosły zabieg leczniczy, zwłaszcza w cierpieniach, związanych z niedokrwistością ostrą, bądź też przewlekłą; częstokroć nawet ratuje życie choremu. Każde uproszczenie w wykonywaniu tego zabiegu przyczynia się do szerszego jego stosowania. Podajemy tu dość prosty sposób przetaczania. Niezbędny do tego przyrząd składa się ze znanego u nas powszechnie kurka Łoguckiego, używanego do wypuszczania płynu z jamy opłucnej. Kurek ten posiada 3 wyloty. Jeden z nich łączy się ze zwykłą igłą do nakłucia żylnego, drugi z 20-centymetrową strzykawką Record'a, wreszcie trzeci łączymy za pomocą rurki gumowej z rurką szklaną, zgiętą pod kątem prostym i przechodzącą poprzez korek gumowy do dna erlenmejerki o pojemności 500 cm^3. Korek zaopatrzony jest jeszcze w drugą krótką rurkę; łączącą światło naczynia z powietrzem zewnętrznem.

Ma ona zapobiegać zwiększaniu się ciśnienia wewnątrz naczynia przy wtłaczaniu do niego krwi. Po wyjałowieniu przyrządu przestrzykuje się go wyjałowioną parafiną następnie wlewa się do erlenmejerki odpowiednią ilość 1% roztworu cytrynianu sodu w roztworze fizjologicznym soli (100 cm^3 roztworu na 200 cm^3 krwi). Niewielką ilością tego roztworu przestrzykuje się po raz drugi światło aparatu, poczem przystępuje się do pobierania krwi. Kurek skręca się tak, ażeby światło igły łączyło się ze światłem strzykawki; igłę wkłuwa się do żyły dawcy i strzykawką powoli aspiruje się krew. Po napełnieniu strzykawki przekręca się kurek o 90°; w ten sposób łączy się światło strzykawki z wylotem kurka, połączonym z erlenmejerką, do której wtłacza się zawartość strzykawki. Potem kurek odkręca się z powrotem o 90° i ponownie aspiruje się krew z żyły i t. d. aż zbierze się w erlenmejerce ilość niezbędna do wstrzyknięcia. Wstrzykiwanie krwi do żyły odbiorcy odbywa się w sposób odwrotny. Po odpowiedniem ustawieniu kurka aspiruje się krew z erlenmejerki do strzykawki, a następnie po skręceniu kurka o 90° wtłacza się powoli krew do żyły. W czasie przetaczania należy zanurzyć erlenmejerkę do naczynia z gorącą wodą.

Zalety podanego sposobu przetaczania są następujące:

1) Przyrząd daje się łatwo wyjałowić. Wyjaławia się oddzielnie erlenmejerkę, oddzielnie zaś strzykawkę i kurek Łoguckiego razem z rurką i z korkiem.

2) Jałowość przetaczania jest zabezpieczona, ponieważ krew podczas wypuszczania i podczas wstrzykiwania przechodzi przez światło zupełnie zamknięte i wyjałowione.

3) Krew podczas wypuszczania z żyły dawcy nie krzepnie, gdyż światło przyrządu jest przestrzyknięte parafiną.

4) Podczas wstrzykiwania krwi łatwo jest uniknąć dostania się pęcherzyków powietrza do żyły. W tym celu przed wkłuciem igły do żyły usuwa się powietrze, przestrzykując aparat krwią z erlenmejerki i pozostawiając kilka cm^3 krwi w strzykawce. Jeżeli nawet w czasie przetaczania pęcherzyk powietrza dostanie się do strzykawki, to łatwo można go usunąć, wyjmując strzykawkę z wylotu kurka.

Sprawozdania poglądowe

Feliks PRZESMYCKI. Warszawa.

Etjologja płonicy w świetle badań najnowszych *).

Państwowy Zakład badania surowic.

Etjologja płonicy była dotąd nieznana, ale ostatnie prace amerykańskich badaczy Dicków i włoskich di Cristina, Caronia i Sindoni'ego zbliżają nas do rozwiązania tego niezmiernie ważnego zagadnienia.

Prawie zawsze znajdywano u chorych na płonicę w jamie nosowo-gardłowej paciorkowce hemolityczne, które czasem również znajdywano i we krwi. Pewna grupa badaczy (Bagiński, Klein, Babès, Sörensen, Kurt, D'Espine, Class, Moser, Gabryczewski, Schleissner, Dick, Dochez, Tunnicliff i inni) zaliczała paciorkowce hemolityczne do swoistych zarazków płonicy, a Gabryczewski był tak przekonany o słuszności tego twierdzenia, że wprowadził szczepienia ochronne przeciwko płonicy przez zastosowanie szczepionek, przygotowanych z paciorkowców hemolitycznych. Szczepienia te stosowane na szeroką skalę w Rosji dały podobno dodatnie wyniki. W Polsce szczepionkę Gabryczewskiego stosowali: Szerypo, Wyleżyński, Roszkowski, Czarkowski, Krukowski, Biehlerowa, Fijałkowska-Strzelecka, również z pomyślnym wynikiem.

Jednakże inni badacze, jak Loeffler, Heubner, Bardt, Fraenkel, Freudenberg, Böhm, Dopter, Delot, Jogiches, Weaver, Klimenko, Aronshon, Jochmann, Schick, v. Pirquet i inni uważali paciorkowce hemolityczne jedynie za przyczynę powikłań w płonicy. Kwestja nie mogła być ostatecznie rozstrzygnięta wobec tego, że badaczom nie udało się wywołać doświadczalnej płonicy u zwierząt. Objawy, wywołane u zwierząt przez zastrzyknięcie wyhodowanych drobnoustrojów lub materjału, otrzymanego od chorych na płonicę, były niestałe i niedostatecznie jasne, aby można było je uważać za decydujące.

Badacze amerykańscy, Dickowie, po 3-letniej pracy znaleźli się w możności potwierdzić wyniki poprzednich badaczy: 1. że paciorkowce hemolityczne znajdują się stale podczas płonicy; 2. że chociaż podczas przebiegu choroby znaleziono we krwi różne drobnoustroje, to żadnego z nich nie wykrywano stale.

Próby wywołania płonicy doświadczalnej u zwierząt laboratoryjnych, wykonane przez Dicków nie udały się. Zwierzęta te (króliki, myszy, szczury, świnki morskie, gołębie) zakażano krwią chorych, wydzielinami z jamy nosowo gardłowej, roztartemi narządami, lub też czystemi hodowlami różnych drobnoustrojów, wyhodowanych od chorych na płonicę. Czasem występowała u zwierząt wysypka (rash), jednakże żaden z drobnoustrojów nie wywoływał jej stale. Wobec tego Dickowie zdecydowali, że zwierzęta są względnie niewrażliwe na płonicę i że tylko doświadczenia na ludziach mogą rozwiązać to zagadnienie.

Pierwsze próby na ludziach były wykonane przez Dicków w 1921 roku.

Wolontarjusze byli zakażeni świeżą krwią ludzką i surowicą krwi, ciężko chorych na płonicę, jak również przesączami wydzieliny nosowo-gardłowej. Wynik tych badań był ujemny.

Drugą grupę wolontarjuszów zakażono hodowlami paciorkowców hemolitycznych, otrzymanemi od chorych na płonicę. I w tym przypadku wynik doświadczenia był ujemny, albowiem nie otrzymano typowego obrazu choroby. Dickowie sądzili, że ujemny wynik tych badań zależy od niewrażliwości wolontarjuszów i zdecydowali używać do dalszych badań tylko takich osób, które mogły dać dokładne dane o przebytych poprzednio chorobach.

W trzeciej serji doświadczeń na ludziach udało się Dickom wywołać płonicę u 2 wolontarjuszów na 10 zakażonych paciorkowcami hemolitycznemi.

Należało jednak rozstrzygnąć pytanie, czy w tym przypadku choroby nie wywołał zarazek przesączalny, związany z paciorkowcami. Wobec tego zastrzyknięto przesącz z hodowli paciorkowcowej, co jednak pozostało bez następstw. Po 2 tygodniach ci sami wolontarjusze zostali zakażeni paciorkowcami hemolitycznemi i jeden z nich zachorował. Wobec tych badań Dickowie sądzą, że zarazkiem swoistym płonicy jest paciorkowiec hemolityczny.

W jamie nosowo-gardłowej Dickowie znajdowali paciorkowce hemolityczne dwóch typów: jeden z nich nie zakwaszał mannitu (85%), drugi typ (15%) zakwaszał go. Autorom udało się jednak otrzymać doświadczalnie płonicę na ludziach zakażonych jednym i drugim typem.

Jak już poprzednio wspominałem, paciorkowce hemolityczne znajdowano stale w jamie nosowo-gardłowej i tylko czasem we krwi chorych na płonicę. Otóż powstaje teraz pytanie, jaki jest mechanizm zakażenia? Dickowie, a również Park i Zingher sądzą, że płonica jest toksemją, że paciorkowce, umiejscowione w jamie nosowo gardłowej wytwarzają jady, które wywołują objawy chorobowe. Jady te wykrył Blakes w ciężkich przypadkach płonicy we krwi i moczu. Dickom udało się otrzymać jady na podłożach buljonowych z dodatkiem 10% krwi końskiej z cytrynjanem sodu. Hodowle były trzymane 5 dni w cieplarce i następnie przesączane. Jady te są ciepłostałe, albowiem dopiero gotowanie w ciągu godziny niszczy je. Surowica ozdrowieńców zobojętnia te jady i własności zobojętniające podlegają prawu proporcji wielokrotnej. Zwierzęta laboratoryjne nie są wrażliwe na te jady i jady płonicze mogą być tylko miareczkowane na ludziach. Po doskórnem zastrzyknięciu jadu w rozcieńczeniu 1 : 1000—1 : 2000 (zależnie od siły jadu) w ilościach 0,1 cm^3 występuje po 24 godzinach u ludzi wrażliwych odczyn skórny w postaci nacieku i zaczerwienienia. Jako kontroli używa się jadu gotowanego w ciągu godziny. Odczyn ten nie występuje u ozdrowieńców. Dickowie otrzymali dodatni odczyn skórny w 41,6%, Branche i Edward w 40%, Baxtel i Okell w 60%, Brokman Hirszfeldowa i Przesmycki w badaniach przeprowadzonych na dzieciach w Warszawie około 60%.

Widzimy zatem, że obok odczynów skórnych Schicka i Brokmana dla błonicy i czerwonki, przybywa nowy odczyn Dicków dla określenia wrażliwości na płonicę.

Jak dotąd odczyn skórny służy do miareczkowania jadów płoniczych.

Po ustaleniu metody określania wrażliwości na płonicę, przystąpili Dickowie do uodpornienia czynnego zapomocą jadów płoniczych.

W pierwszych doświadczeniach zastrzykiwali podskórnie i śródmięśniowo stosunkowo dość znaczne dawki jadów płoniczych i otrzymali dość wyraźne objawy, polegające na podniesieniu ciepłoty do 39,5°, następnie obserwowano wysypkę na całem ciele, przypominającą wysypkę szkarlatynową. Objawy te ustępowały w ciągu 24 godzin.

Odczyny otrzymane po zastrzyknięciu jadów płoniczych stanowią jeszcze jeden argument, potwierdzający teorje Dicków co do płonicy. Zingher w New-Yorku uodpornił 1400 dzieci, przytem stosował dawki znacznie niższe, od pierwotnie używanych przez Dicków, otrzymując odczyny znacznie rzadziej. Następnie Dickowie przystąpili do przygotowania surowic przeciwpłoniczych przez zastrzykiwanie koniom jadów płoniczych. Dochez przygotowuje surowicę przeciwpłoniczą w nieco odmienny sposób. Autor ten zastrzykuje koniom podskórnie agar płynny, i gdy skrzepnie wprowadza doń paciorkowce hemolityczne. Drobnoustroje te, zlokalizowane przez agar, rozwijają się, produkując jady, któremi koń się uodparnia. Surowica otrzymana w ten sposób, zastrzyknięta w ilości 50 cm^3 śródmięśniowo, wywołuje znikanie objawów chorobowych w ciągu 24 godzin: ciepłota spada, a wysypka blednie.

Nie wszyscy badacze zgadzają się z poglądami Dicków na etjologję płonicy. Badacze włoscy, Di Cristina, Caronia i Sindoni wykryli już wcześniej we krwi chorych na płonicę drobnoustroje, które udało się im hodować w warunkach beztlenowych na podłożach Tarozzi-Noguchi (buljon z ascytem i z dodatkiem świeżych organów królika). W posiewach z krwi, wziętej od chorych na płonicę, pierwszy Di Cristina

*) Autor miał sposobność zetknąć się z badaniami nad płonicą w miejskiej pracowni w New-Yorku.

a następnie Caronia i Sindoni otrzymali w hodowlach drobnoustroje drobne, okrągłej formy, czasem układające się parami. Wielkość ich wynosi 0,1—0,3 mikrona, barwią się one według Grama. Zastrzykując te hodowle młodym królom badacze ci wywołali doświadczalną płonicę z wysypką i łuszczeniem się skóry. Króle następnie najczęściej zdychały przy objawach charłactwa. Hodowle wyżej wspomniane, zastrzyknięte 5 dzieciom wywołały typową płonicę. Drobnoustroje te dają z surowicami ozdrowieńców po płonicy wiązanie dopełniacza i inne odczyny serologiczne. Badacze włoscy sądzą, że płonica jest to bakterjemja, wywołana przez wykryte przez nich zarazki. Przesącze hodowli dają u osobników wrażliwych na płonicę odczyny skórne w postaci nacieku i zaczerwienienia; odczyn ten zwykle występuje (podobnie, jak u Dicków) po 24 godzinach. Ilość dodatnich odczynów wynosi około 40%.

Widzimy zatem, że istnieją dwa odrębne poglądy na etjologję płonicy: Dickowie zaliczają płonicę do toksemji, gdy Di Cristina, Caronia i Sindoni uważają ją za bakterjemję. Jak jedni, tak i drudzy dają ważkie dowody na potwierdzenie swoich teoryj. Trudno obecnie jeszcze decydować, które badania są słuszniejsze, i tylko przyszłe prace doświadczalne będą mogły rozstrzygnąć ostatecznie to zagadnienie. Prace w tym kierunku zostały podjęte przez Państwowy Zakład Higjeny i Klinikę Dziecięcą U. W.

Piśmiennictwo.

1) Dick G. F., Dick Gladys H. J. Am, Med. As. 82, p. 265. 1914. — 2) Ciż. J. Am. Med. As. V. 82. p. 301. 1924. — 3) Ciż. J. Am. Med. As. V. 81. p. 1166. 1923. — 4) Ciż. J. Am. Med. As. V. 82. p. 544. 1924. — 5) Ciż. J. Am. Med. As. V. 82. p. 1246. 1924. — 6) Zingher. A. Proc. Soc. Ex. Biology and Med. V. 21. p. 293. 1924. — 7) Tenże. Proc. Soc. Ex. Biology and Med. V. 21. p. 385. 1924. — 8) Tenże. Proc. Soc. Ex. Biology and Med. V. 21. p. 508. 1924. — 9) Tenże. J. Am. Med. As. V. 83. p. 432. 1924. — 10) Okell C. C. Baxter E. M. J. Pat. and Bact. V. 27 p. 342—345. 1924. — 11) Caronia i Sindoni. La Pediatria. Lipiec 1923. — 12) Caronia. La Pediatria. Sierpień 1923. — 13) Brokman, H. Hirszfeldowa, H. Przesmycki F. Warsz. Czas. Lek. T. I. Nr. 12. 1924.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. L. Wachholz i Prof. Dr. J. Olbrycht. **Medycyna kryminalna.** III. i 361 str., z 115 rycinami w tekście. Warszawa — Spółka wydawnicza »Liktor«. 1924.

Współczesny przestępca, idąc niejako za postępem, używa coraz bardziej wyrafinowanych sposobów dokonania zbrodni, dlatego też do walki z przestępstwem potrzebna jest obecnie odrębna wiedza, oparta na zdobyczach naukowych. W literaturze zagranicznej istnieją też liczne dzieła i osobne czasopisma, poświęcone tej wiedzy niezbędnej dla organów bezpieczeństwa publicznego i dla sądów karnych. W Polsce w małym stopniu zajmuje się temi zagadnieniami »Gazeta Administracji i Policji Państwowej«, wychodząca w Warszawie, brak zaś jest zupełny dzieła, dającego systematyczny i zupełny przegląd metod, służących do walki ze światem zbrodni. Aby choć w części wypełnić tę lukę, autorowie napisali książkę, której dali tytuł »Medycyna kryminalna«, chcąc przez to zaznaczyć, że obejmuje ona ten dział ważnych dla kryminalistyki rozważań i badań, do których powołany jest lekarz i to w szczególności lekarz poświęcający się specjalnie medycynie sądowej. Nic więc dziwnego, że książka ta zawiera materjał, który wchodzi w skład medycyny sądowej, ze względu jednak na cel książki i umysłowość czytelnika, dla którego jest przeznaczona, opracowanie tego materjału musiało przybrać formy zupełnie inne niż te, jakie są właściwe dla podręczników medycyny sądowej. Różnica ta polega nie tylko na popularności wykładu i opuszczeniu wszelkich rozważań czysto naukowych, lecz również na tem, że dodany jest cały szereg uwag, dotyczący technicznej strony postępowania przy dochodzeniu zbrodni, nie zaniedbano niczego, co w dalszem śledztwie może być przydatnem, a przedewszystkiem nie zepsucia materjału, którego badanie przez specjalistów może przynieść ważne wyniki. Wykład też jest objaśniany bardzo obfitemi przykładami z kazuistyki kryminalistycznej a między innemi z bogatego doświadczenia własnego autorów, które nie tylko mają za zadanie zainteresować czytelnika ale pouczają go, jak nieraz drobny szczegół, uchwycony w należytem dochodzeniu może stać się punktem wyjścia do stwierdzenia istotnego stanu rzeczy. Z tytułu i założenia swego książka ta stanowi podręcznik techniki kryminalnej w dochodzeniu tylko jednego, ale za to najważniejszego, rodzaju przestępstwa t. j. zwracającego się przeciw bezpieczeństwu człowieka, czyni to jednak w sposób zupełnie wyczerpujący, przez ujęcie zaś tematu, przez przedstawienie sposobu obserwacji, myślenia i konstrukcji wniosków działa nadto pouczająco w kierunku sposobów postępowania przy dochodzeniu jakiejkolwiek zbrodni wogóle. Takie szersze znaczenie ma przedewszystkiem część pierwsza książki, ogólna, napisana przez Wachholza, w której autor mówi o przestępstwie i przestępcach, zwraca uwagę na kwestje związane z tą sprawą z dziedziny kriminologji, antropologji kryminalnej i psychopatologji oraz przedstawia sposoby identyfikacji i regestracji przestępców. Część szczegółowa rozpada się na ośm rozdziałów, opracowanych bądź przez jednego, bądź przez drugiego z autorów. Mowa jest więc o oględzinach miejsca czynu, o wynajdywaniu, przechowaniu i badaniu dowodów rzeczowych (liców), o oględzinach ofiar przestępstwa w szczególności zwłok, o rodzajach obrażeń ciała ze względu na narzędzie, o śmierci gwałtownej z różnych przyczyn, o rozważaniu zagadnienia, czy zachodzi w danym razie morderstwo, samobójstwo lub wypadek, o dochodzeniu w przypadkach przestępstw płciowych, wreszcie o badaniu domniemanych sprawców przestępstwa. Że rzecz jest napisana jasno, odpowiednio do swego celu, wyczerpująco a jednak nie rozwlekle, jednem słowem doskonale, nie potrzebuję chyba zaznaczać wobec zbyt dobrze znanych nazwisk autorów tego dzieła. Książka jest przeznaczona przedewszystkiem dla sędziów śledczych i urzędników policyjnych, podnieść jednak muszę, że i student medycyny, przedewszystkiem zaś lekarz-znawca, który w swej działalności sądowo-lekarskiej oddaje się swemu zadaniu z prawdziwem zamiłowaniem i pragnie być rzeczywistym i ważnym doradcą sędziego, znajdzie w tej książce sporo cennych i w praktyce przydatnych wiadomości, które przy studjum medycyny sądowej jako szczegóły uboczne, natury praktycznej lub technicznej mogą uchodzić uwadze.

Strona zewnętrzna książki, druk, papier i ilustracje bez zarzutu.

W. Sieradzki.

Antoni Cieszyński: **»Die Roentgenuntersuchung der Zähne und der Kiefer«.** (Str. 178, rycin 207).

W nowem (II.) wydaniu dzieła Riedera i Rosenthala: »Lehrbuch der Roentgenkunde« nakładem J. A. Bartha, Lipsk 1924, dział roentgenologji zębów i szczęk opracował Prof. Dr. Antoni Cieszyński ze Lwowa.

Nie będzie za mało, jeżeli powiem, że jest to rzecz skończona. Nie spotyka się pracy naukowej, którejby przedmiot byłby tak wyczerpująco, rzeczowo i zrozumiale traktowanym i któraby zawierała tyle oryginalnych pomysłów; bo też Cieszyński jest jednym z najpoważniejszych twórców roentgenologji stomatologicznej.

Po wstępnem opisaniu przyrządów służących do celów roentgenologji stomatologicznej, przechodzi autor do nauki o rzutach (*Projektionslehre und spezielle Technik*), którą opracował z niebywałą precyzją. Nader interesującą jest metoda autora rozpoznawania położenia ognisk chorobowych, toczących się naokoło szczytu korzeni, zaś wielkiem ułatwieniem w wykonywaniu śródustnych radiogramów dolnych przedtrzonowych i trzonowych stanowi trzymadło do filmów pomysłu Cieszyńskiego.

W radiografi extraoralnej, t. zw. »Czapka« (*Einstellkappe* Cieszyńskiego stanowi jedyny sposób do otrzymywania szczególnie dokładnych radiogramów, które można powtórzyć z tą samą precyzją w każdym czasie, co ułatwia niezmiernie śledzenie procesu chorobowego.

Dużo uwagi poświęca autor formie zgryżu i wynikającej stąd zależności kąta rzutu. Niemniej dokładnie opracowaną jest technika zdjęć stereoskopowych, w której dotychczasowe trudności i niedokładności usuwa użycie płytki pomysłu Cieszyńskiego, na której są oznaczone kąty rozbieżności (*Bissplatte* n. Cieszyński).

Część kliniczna pracy rozpoczyna się od rozpoznawania zmian w powstawaniu zębów i zmian wrodzonych zębów i szczęk. W dalszym ciągu przechodzi autor do rozpoznawania roentgenologicznego poszczególnych schorzeń. Szczegółowo opracowane zmiany chorobowe ozębnej szczytowej i paradentalne, zmiany po pewnych zabiegach, jak przebicie świdrem i t. d. Rozpoznaniu i podziałowi t. zw. ropotoku zębodołowego (*pyorrhoea alveolaris*) poświęca autor szczególną uwagę. Szczegółowo opracowanym jest dział ziarniniaków, torbieli, nowotworów, zmian w jamach czaszkowych w związku ze schorzeniem zębów, dalej rozpoznawanie zmian pourazowych i kontrola przebiegu leczenia operacyjnego.

Książka Cieszyńskiego jest dziełem pierwszorzędnej wartości naukowej. Wydana zbytkownie z wielu doskonałemi rysunkami i szkicami oryginalnemi, stanowi ozdobę literatury roentgenologicznej.

Praca ta wyjdzie niebawem jeszcze jako osobna książka w formie rozszerzonej z dodaniem przeszło 200 rycin, zawierających reprodukcje oryginalnych negatywów.

Dębicki (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

La presse médicale.

Nr. 82. 1924.

Cheinisse. **Wstrzykiwania dożylne hexametylentetraminy w pooperacyjnem powstrzymaniu moczu.** Autor sądzi, że dzisiaj możemy już ocenić na zasadzie danych z piśmiennictwa wartość praktyczną wstrzykiwania dożylnego rozczynu urotropiny w pooperacyjnem powstrzymaniu moczu. Podkreśla on, że urotropina nie posiada bynajmniej wpływu na wydalanie moczu, natomiast pobudza niewątpliwie oddawanie moczu czyli posiada działanie antydyzuryczne. Działanie to zauważył przypadkowo Vogl, który stosował urotropinę aby zapobiec powikłaniom po znieczulaniu lędźwiowem. Wtedy zaczął stosować urotropinę dożylnie przy pooperacyjnej retencji moczu i ogłosił ten sposób jako niezawodny. Doświadczenia jednak innych operatorów wypadły mniej zachęcająco. Gdy zbadano tę sprawę, wówczas okazało się, że z górą połowa operowanych oddaje mocz samoistnie, natomiast po wstrzyknięciu urotropiny odsetek wzniósł się do 81 (Weinzieler). Pozatem ma wielkie znaczenie również rodzaj zabiegu: w takim, gdzie pęcherz leży w polu operacyjnem urotropina przeważnie zawodzi. Co do dawkowania, to początkowo Vogt stosował dożylnie 7—10 cm^3 40$^0/_0$ rozczynu urotropiny natychmiast po operacji. Jednak dawka ta powodowała często tenesmus. Przeto zaczęto ją zmniejszać i ostatecznie Schwab radzi wstrzykiwać 2—3 cm^3, co ma dawać *mictio* po upływie 2—7 godzin; jeśli to nie nastąpi wówczas powtarza wstrzyknięcie, zwiększając dawkę do 5 cm^3. Urotropina w rzadkich przypadkach powoduje parcie na mocz i krwiomocz (4$^0/_0$ i 3$^0/_0$ Weinzieler), przeto autor zaleca stosować ją wyłącznie w takich przypadkach, gdy łagodniejsze środki zawodzą.

Biulletins et mémoires d. l Soc. Méd. des Hopitaux.

Nr. 24. 1924.

Apert i Garein. **Krwotok oponowy, poprzedzający bezpośrednio dur brzuszny.** Krwotok oponowy jest bardzo rzadkiem powikłaniem duru brzusznego. W piśmiennictwie dotychczas znany jest tylko przypadek Sergent'a i panny Bertrand. Chory 4-letni zapadł wśród bólów głowy, podudzi i gorączki. Przewieziony na 5-ty dzień choroby do szpitala wykazał typowy zespół oponowy z płynem krwotocznym, nie zawierającym drobnoustrojów. Wobec powyższego rozpoznano krwotok oponowy. Gorączka i objawy oponowe ustąpiły stopniowo w ciągu 6-ciu dni, gdy nagle ciepłota wzniosła się do 40^0 i wystąpił obraz duru brzusznego, stwierdzonego bakterjologicznie. We wnioskach autorowie zastanawiają się, czy nie zachodzi tutaj prosta zbieżność tych dwu spraw, i dochodzą do wniosku, że krwotok oponowy w danym przypadku należy raczej uważać za analogiczny do krwotoków z nosa lub macicy, występujących w następstwie przekrwienia śluzówek w okresie wylęgania tyfusu.

Apert i Garein. **Leontiasis ossea congenita z wrzekomą wilczą paszczą.** Dziś zgodzono się ogólnie, że pod nazwą Leontiasis ossea rozumiemy rozlaną hyperostozę kości twarzy, poczynającą się od kości szczęki górnej, powoli postępującą i zdolną do zajęcia wszystkich kości twarzy i czaszki. W przeważnej większości przypadków cierpienie zaczyna się pomiędzy 4 a 12 rokiem życia, jakkolwiek znane są przypadki wcześniejsze i późniejsze. Autorowie przedstawiają przypadek wrodzonej leontiasis ossea. Chodzi tu o zupełnie zdrową, 11-to miesięczną dziewczynkę. W twarzy dziecka uderza nadmierny rozwój szczęki górnej, i to zarówno w jej częściach zewnętrznych jak również zgrubienie wyrostków zębodołowych, podniebienia twardego i szkieletu kostnego nosa. Dzięki zgrubieniu wyrostków zębodołowych i części podniebienia powstało pośrodku zagłębienie trójkątne, naśladujące wilczą paszczę. Wreszcie istnieje zwężenie przewodów słuchowych zewnętrznych. Pozatem budowa prawidłowa.

Nr. 25. 1924.

Laverque et Bize. **Radiculo-poliomyelitis jako powikłanie nagminnego zapalenia opon.** Myelitis w postaci poliomyelitis stanowi tak rzadkie powikłanie nagminnego zapalenia opon, że autorzy są przeświadczeni, że spostrzegany przez nich przypadek zasługuje na przedstawienie. 22-letni żołnierz zachorował na stwierdzone bakterjologicznie nagminne zapalenie opon. Pomimo to, iż w przeciągu 16 dni otrzymał 10 wstrzyknięć dordzeniowych surowicy (ogółem 220 cm^3) oraz równocześnie podskórnie i domięśniowo 180 cm^3 stan pozostawał naogół bez zmiany, płyn był ciągle opalizujący. Wobec tego wstrzyknięto dordzeniowo 5 cm^3 2$^0/_0$ rozczynu błękitu metylenowego. Wieczorem ciepłota wróciła do normy, chory bardzo osłabiony, wymiotuje. Nazajutrz wystąpiła wiotka paraplegia, zaburzenia ze strony pęcherza moczowego oraz bóle korzonkowe. Po dwóch dniach objawy oponowe ustąpiły, w płynie były tylko limfocyty. Co do powikłania, to zaburzenia moczowe ustąpiły na 18-ty dzień po wystąpieniu, paraplegia zaś cofnęła się w przeciągu 2-ch miesięcy. W przypadku przedstawionym autorowie podkreślają co następuje: 1) płyn był od początku opalizujący, lecz nie ropny, przeto mimo, że brakowało objawów meningokokemji, należy raczej zaliczyć ów przypadek do tej ostatniej, która jak wiadomo poddaje się znacznie trudniej leczeniu; 2) paraplegja jest pochodzenia ośrodkowego, o czem świadczą zaburzenia ze strony zwieraczy; 3) wreszcie paraplegja wystąpiła nazajutrz po wstrzyknięciu dordzeniowem błękitu metylenowego, środka uważanego za nieszkodliwy.

L. Rivet i Ch. Jany. **Neuritis retrobulbaris acuta jako pierwszy objaw stwardnienia rozsianego.** Autorowie przedstawiają przypadek, który był demonstrowany przed pół rokiem jako »wyleczenie samoistne ostrego zapalenia nerwu pozagałkowego«. W samej rzeczy chora przebyła w lipcu 1923 ostry napad jednostronnej neuritis retrobulbaris. Badanie rynoskopowe zatok dało wynik ujemny, mimo to proponowano chorej stworzenie zatoki kości klinowej. Jednak chora nie zgodziła się na zabieg. Po kilku dniach neuritis samoistnie się cofnęła. W maju 1924 chora przybyła do szpitala i tym razem stwierdzono typowy obraz stwardnienia rozsianego. Przeto, według autorów, każdy przypadek neuritis retrobulbaris należy poddać dokładnemu badaniu neurologicznemu.

Marcel Labbé i R. Boulin. **Hirsutismus, diabetes i melanoderma.** Autorowie przedstawiają chorą 59-letnią, wykazującą objawy następujące: 1) hirsutyzm w postaci owłosienia twarzy, piersi, podbrzusza oraz ud; 2) melanodermę, zaznaczoną głównie na twarzy i rękach, pozatem plamy brunatne na piersiach i kończynach górnych; na plecach vitiligo; śluzówki nie zabarwione; 3) łagodną postać moczówki cukrowej, datującej się od dwóch lat i poddającej się leczeniu dietetycznemu. Pozatem narządy wewnętrzne prawidłowe. Brak zaburzeń ze strony narządów płciowych. Badanie gruczołów dokrewnych ujemne. Wyraźna hypersympatykotonja (Aschner = +16). Autorowie podkreślają w spostrzeganym przypadku: 1) że hirsutyzmowi nie towarzyszy żaden objaw wirylizmu; 2) że melanoderma przypomina bardzo melanodermę Adissonowską; 3) że powyższym objawom towarzyszy moczówka cukrowa. Na zakończenie autorowie podnoszą, że

choć taki obraz chorobowy jest przypisywany schorzeniom gruczołów dokrewnych, to jednak nie udało się wykryć zaburzeń ze strony ani jajników, ani tarczycy, ani przysadki, ani wreszcie nadnerczy.

Stefan Leśniowski (Warszawa).

Société Médicale des Hôpitaux de Paris
Nr. 31. 1924.

Renaud. **Szczepionka niespecyficzna w zespole parkinsonowskim pośpiączkowym.** Autor podawał w 10 przypadkach zespołu parkinsonowskiego trwającego mniej niż trzy lata szczepionkę tyfusową w dawkach od 0,5—2,0 ccm z reakcją zwykłą, skutki jednak były znikome lub żadne. W dyskusji Sézary proponuje lipowakcynę antipiogenną, która ma świetne dawać wyniki w przypadkach podostrego zapalenia stawów, nieustępującego po podaniu innych środków. Sicard i uczniowie jego stosowali na oddziale w ostrych przypadkach: 1) surowicę ozdrowieńców, którzy przebyli śpiączkę, w zastrzykach podskórnych i dokręgowych, 2) preparaty arsenowe podskórnie i dożylnie, 3) natr. salicylicum w dużych dawkach dożylnie (zatyka żyły), 4) ropień fiksacyjny, 5) trypaflawinę $^1/_2\%$ 5 cm^3 dożylnie, 3 zastrzyki w odstępach 2—3 dniowych. Jednak wszystko to z małemi skutkami. Sam Sicard podaje zrana uroforminę do wewnątrz w małych dawkach, wieczorem natr. salicylicum do wewnątrz w małych dawkach i zależnie od reakcji codziennie lub co 2 dzień podskórnie elektrargol, lantol, natr. nucleinnicum, collobiasa d'or, mleko, propidon. W okresie zespołu parkinsonowskiego stosowano: 1) ropień fiksacyjny 2) natr. jodicum lub natr. salicyl. dożylnie 3) autohemoterapję lub autorachiterapję 4) podskórne zastrzyki wyciągu substancji mezocefalicznej, barana lub emulsji. mózgu królika, szczepionego jadem »śpiączkowym« 2) szczepionkę Paraf'a dokręgowo lub szczepionkę Levaditiego, która dawała znaczną ale przemijającą ulgę tym chorym; ten sam efekt otrzymano po podaniu 10 cm^3 soli fizjologicznej dokręgowo 6) cholesterynę według Danysza 7) ostatnio według Economo podaje się wyciągi żółci, która ma hamować rozwój procesu infekcyjnego. Tymczasem podaje się jednak jak zwykle skopolaminę, w ciągu 3—4 mies. natr. kakodylicum 0,05—0,10, nieraz mleko, collobiase d'or, jodynę w kroplach, terapję fizykalną. Netter podaje, że w ostrych przypadkach ma bardzo dobre wyniki przez ropień fiksacyjny, w przypadkach zaś przewlekłych posługuje się ropą aseptyczną (»pus aseptique«) otrzymaną od konia, któremu zastrzyknięto ol. terpentynowy. Ropę tę rozpuszcza się w soli fizjologicznej. Zastrzyki te powtarza co 2—3 tygodnie. Autor otrzymywał bardzo dużą poprawę, często trwałą szczególnie co do sztywności. Jednocześnie zaznacza, że miał świetne wyniki, stosując ją w przypadku gorączki intermittującej meningokokkowej, która trwała powyżej 3 miesięcy.

B. Fenigstein (Warszawa).

Bulletins et Memoires de la Societé Med. de H.
Nr. 3. 1925.

Hallé J. i Decourt J. **Choroba Pageta umiejscowiona na piszczeli z hipertermią miejscową i hiperpigmentacją i t. d.** Autorzy opisują przypadek choroby Pageta, objawiającej się trwającym od 20 lat zniekształceniem piszczeli lewej. Zniekształcenie wystąpiło skrycie, bez żadnych bólów ani dolegliwości i postępuje w bardzo powolnem tempie. Lewa piszczel jest wykrzywiona na zewnątrz, brzeg jej wewnętrzny zamienił się na płaską siodełkowatą powierzchnię, rozpoczynającą się tuż pod nasadą górną przechodzącą wzdłuż całego trzonu na nasadę dolną; powierzchnia ta jest nierówna, brodawkowata, przy macaniu niebolesna. Roentgenogram wykazuje zatarcie budowy kości normalnej z miejscową nadprodukcją i tuż obok rozrzedzeniem kostnienia.

Ponieważ niema żadnych danych w kierunku kiły dziedzicznej i odczyn Wassermanna wypada ujemnie, rozpoznana zostaje choroba Pageta, wyjątkowo ograniczająca się do jednej tylko kości.

Jako sprawy wtórne w tym przypadku występują:

1) znaczna różnica temperatury pomiędzy powierzchnią skóry ponad zniekształceniem, a odpowiednią częścią drugiej kończyny;

2) różny wskaźnik oscyllometryczny przy badaniu ciśnienia Pachonem; na podudziu zdrowem wynosi on od $^1/_4$ przy ciśnieniu A 20 do 2 przy A 4 z największą amplitudą = 6; na podudziu chorem oscylacje występowały już przy ciśnieniu A 25 ($^1/_4$) i dochodziły do wychyleń = 10:

3) zabarwienie ciemniejsze skóry ponad zniekształceniem chorobowem i zjawiające się od czasu wysypki miejscowe o charakterze szybko znikających opryszczek; ten zespół objawów autorzy uważają za charakterystyczny dla choroby Pageta, nie dając jednak żadnego ich wytłómaczenia.

Stanisław Higier (Warszawa).

Folia Haematologica.
Tom XXXI. Zeszyt I. 1924.

E. Brinkmann. **Białaczka z komórkami macierzystemi (Stammzellen-leukaemie).** Dotychczas za komórkę macierzystą myelocytów, monocytów i megakarjocytów większość badaczy, w ślad za Naegelim, uważa myeloblast, który według niego ma powstawać wprost z komórek mezenchymy. Jednakże już przed 11 laty wykazał Klejn (p. Die Myelogonie, Springer, Berlin, oraz Gazeta Lekarska, 1914 i 1915), że istnieje w narządach krwiotwórczych, a także we krwi ostrej białaczki szpikowej komórka o swoistej budowie jądra, którą nazwał myelogonją i od której dopiero pochodzą myeloblasty, megakarjocyty a nawet erytroblasty. Tylko tę więc komórkę należy uważać za komórkę macierzystą komórek szpiku kostnego, a za białaczkę z komórkami macierzystemi tylko taką białaczkę, w której ta komórka we krwi przeważa: będzie to zatem białaczka myelogoniczna. Naegeli uważał dotychczas myelogonję Klejna za myeloblast patologiczny, inni badacze o komórce tej wcale nie wspominają.

Autor opisuje przypadek ostrej białaczki, szpikowej z oddziału prof. Bingela, który zwrócił jego uwagę obecnością we krwi 13% komórek, które na zasadzie budowy jądra i wielu innych cech, podanych przez Klejna, uważa wprost za myelogonje, identyczne z wzorami znajdującemi się w jego tablicach barwnych. Takie same komorki znalazł B. i w narządach krwiotwórczych, zbadanych w instytucie znanego anatomopatologa W. H. Schultzego. Komórki te nie dawały odczynu na oksydazę, pomiędzy zaś niemi a erytroblastami i myeloblastami widać było liczne formy przejściowe.

B. bardzo szczegółowo zastanawia się nad charakterem tych komórek i dochodzi do przekonania, że są to niewątpliwie myelogonje Klejna. Autor energicznie zwalcza poglądy w tej materji Naegeliego i wyraża przekonanie, że jego przypadek wraz z przypadkami Klejna może conajmniej zachwiać stanowisko myeloblastów jako najmniej dojrzałych komórek szpiku kostnego. »W każdym razie, sądzi on, nie można obecnie wcale wątpić, o istnieniu typowej myelogonji, stanowiących postać przejściową od komórek mezenchymy do myeloblastów, erytroblastów i megakarjocytów. Tylko te przypadki białaczki, w których myelogonja we krwi przeważa, należy nazywać »Stammzellenleukaemie«; przypadki takie są nadzwyczaj rzadkie — jedyny dotychczas typowy przypadek opisał Klejn, samą jednak myelogonję napotkać można w każdym prawie przypadku ostrej myelozy, zwykle w liczbie nieznacznej«.

Autor na zakończenie powiada: »cel mojej pracy będzie osiągnięty, — gdy przez zwalczanie poglądów, które, z jednej strony jako niezgodne z danemi z embrjologji, a z drugiej jako stanowiące pozornie ostateczne rozstrzygnięcie kwestji, hamują rozwój dalszych badań, dam w ten sposób pobudkę do ponownego rozpatrzenia omawianego zagadnienia«.

K.

Münchener mediz. Wochenschritt.
Nr. 50. 1924.

Birk. **Przemiana materji u dziecka podczas gorączki.** Badania przeprowadzone na niemowlętach sztucznie karmionych, podczas szczepienia, odry i ospy wietrznej pozwalają na wniosek, że gorączka nie wytwarza zmian w przemianie materji, tylko, że są to dwa równolegle przebiegające procesy. Wspólną ich przyczyną jest infekcja, która w rozmaity sposób może wpłynąć na przemianę materji, a następnie spowodować podwyższenie ciepłoty.

K u h l e. **O odporności wywołanej przez szczepionki.** U szeregu dzieci we wieku od 8—18 mies. przeprowadzono szczepienie przeciw ospie, które następnie w przeciągu 8-miu dni powtarzano. Okazało się, że odczyn szczepienia powtórnego był najsilniejszy 4-go dnia licząc od pierwszego zaszczepienia, następne były często słabsze.

Opierając się na tem, autor przyjmuje, że od 4-go dnia po zaszczepieniu rozwija się odporność przeciwko ospie.

Nr. 52. 1924.

H a m b u r g e r. **O leczeniu wola u niemowląt.** Dwa przypadki wola u dziecka 4-ro dniowego i 8-mio miesięcznego leczone jodem. Pierwsze dostawało codziennie 0,001 *Natr. jodat:*; po 8-miu dniach wól, który dochodził poprzednio do olbrzymich rozmiarów znikł, ale równocześnie dziecko poczęło gwałtownie ubywać na wadze, a 11-go dnia leczenia zmarło. Drugiemu podawano przez trzy razy po 0,0001 *Natr. jodat.* + *thyreoid. Merka* (raz 0,005, drugi raz 0,01), poczem wól znikł, a dziecko miało się zupełnie dobrze.

Autor przestrzega przed nieostrożnem podawaniem jodu, chociażby w minimalnych dawkach.

Nr. 2. 1925.

L a n g e r. **Epidemja płonicy w Bernie i wyniki stosowania surowicy uzdrowieńców płonicowych.** Na podstawie doświadczeń poczynionych podczas epidemji płonicy, poleca autor wstrzykiwanie surowicy uzdrowieńców płonicowych w ilości od 30—70 cm^3.

Uważa, że wyniki osiągnięte polegają na swoistem działaniu surowicy, a szczególnie widoczne są w ciężkich toksycznych przypadkach.

W o l f f. **O nakłuciu lędźwiowem przy porażeniu dziecięcem.** Autor poleca wykonywanie nakłucia lędźwiowego przy chorobie Heine-Medina, powołując się na doskonałe wyniki osiągnięte w bardzo dużej ilości przypadków.

Porażenia ustępowały najprawdopodobniej wskutek zmniejszenia się obrzęku opon rdzeniowych. Zabieg należy powtarzać tyle razy, póki się nie osiągnie prawidłowego składu płynu mózgo-rdzeniowego.

Dr. Czobanówna (Lwów).

Deutsche medizinische Wochenschrift.

Nr. 1. 1925.

K r a u s. **Rychłe zbiorowe rozpoznawanie spraw chorobowych w prawej górnej części brzucha.** Bliskie sąsiedztwo poszczególnych organów w wyżej wymienionej okolicy ciała zmusza do nader czujnego i ostrożnego rozpoznawania. Autor wylicza blisko 20 tam zlokalizowanych schorzeń wchodzących w rachubę różniczkowej djagnostyki i zwraca szczególną uwagę na pewne momenty konstytucjonalne wyłaniające się przy dokładnem zbieraniu wywiadów. Uwzględnienie owych momentów może dopiero, wraz z poszczególnemi badaniami pomocniczemi jak sonda dwunastnicowa i żołądkowe próby, oznaczenie bilirubinemji oraz ilości barwika w treści dwunastnicowej, zdjęcia roentgenograficzne przy równoczesnem wydymaniu żołądka i kiszki lub wypełnieniu papką barową i wiele innych prób klinicznych — uchronić przed przykremi a często nieuniknionemi pomyłkami.

V. den V e l d e n. **Spostrzeżenia kliniczne przy zażywaniu zmianowanego preparatu tarczycowego.** Za pomocą acetonnitrilu na myszach zmianowano wyciąg tarczycy i puszczono w obieg jako »Thyreoid-Dispert«. Próby poczynione tym lekiem o ściśle oznaczonej sile działania dały nadzwyczaj korzystne wyniki.

N e u f e l d. **Nowe poglądy na sposób roznoszenia zakażeń gruźliczych.** Flüggego teorja o zakażeniach kropelkowych aczkolwiek słuszna, nie określa jedynej drogi infekcyjnej. By się dostać bowiem do pokręconych oskrzeli kropelka nie może przekraczać wymiaru 20 mm. a normalnie wykasziana kropla waha się między 100—500 mm. Może więc conajwyżej dojść do gardła, nosa lub błony śluzowej ust lub oka i tu powinno nastąpić zakażenie pierwsze a nie w płucach. Że jednak anatomo-patolodzy w 90% przypadków stwierdzają miejsce zachorzenia pierwotnego w płucach — dałoby się wytłómaczyć tem, że infekcja gardłem lub nosem mija niespostrzeżenie ponieważ jadowitość jej została osłabiona przez błonę śluzową tych organów. Natomiast obronnej tej siły nie posiadają może oskrzela i dlatego uwidacznia się tu zakażenie najwyraźniej.

Nr. 2. 1925.

V e r s é. **W sprawie atherosklerozy doświadczalnej.** Króliki karmione wyłącznie cholesteryną nie wykazały wybitnych zmian atherosklerotycznych, natomiast króliki tuczone mieszanką tłuszczowo - cholesterynową miały wybitne zmiany sklerotyczne i zależnie od umiejscowienia tych zmian wysokie parcie krwi. Z doświadczeń tych jako i z spostrzeżeń klinicznych możnaby wnioskować o powstawaniu atherosklerozy u człowieka.

A s c h a f f e n b u r g. **Wpływ kokainizmu na życie płciowe.** Szczegółowy opis przypadku w którym pod wpływem kokainizowania zmienił się kierunek pożądania płciowego na homoseksualistyczny. Po odwyknięciu nastąpił powrót do stanu normalnego.

W e i s s. **O pochodzeniu i losach płynów zawartych w oku.** Dotychczasowej teorji infiltracyjnej przeciwstawia autor zapatrywanie, jakoby regeneracja płynów następować miała wskutek działań sił molekularnych w myśl t. zw. równowagi potencjalnej Donnana.

K l e i n s c h m i d t. **O mleku dla dzieci.** Zwiększająca się częstość choroby Möller-Barlowa (gnilec dziecięcy) wśród niemowląt Berlina skłoniła do badań nad tem, co właściwie mleko uszkadza i powyższe schorzenie czyni częstszem. Okazało się, że dodatek doń sody nie jest szkodliwy, natomiast H_2O_2 jest b. niebezpieczny. Zdarzało się, że wbrew dotychczasowym poglądom, szkorbut nie dawał się leczyć nawet surowem mlekiem, ustępywał natomiast po spożywaniu dłużej gotowanego mleka krowiego. Przeto nie w gotowaniu mleka szukać należy przyczyny złego ale w charakterze i pochodzeniu jego jeszcze przed gotowaniem. Tylko mleko krów spożywających świeżą paszę (np. buraki pastewne) zawiera witaminy C (przeciwgnilcowe).

Również szkodliwie wpływać może pasteuryzacja mleka i długie przetrzymywanie go od chwili pasteuryzacji do spożycia. Publiczność mimo pasteuryzacji przegotowuje mleko po raz wtóry, przez co uszkadza się je pod względem biologicznym, dlatego korzystniej byłoby zarzucić pasteuryzację kupnego mleka, a jedynie krótko przegotowywać je w domu. Karmieniu niemowląt mlekiem surowem nie przypisujemy już tego znaczenia, co dawniej.

Nr. 3. 1925.

B e i t z k e. **Anatomja patologiczna haematogennych schorzeń nerki.** Wykład poglądowy na dotychczasowy stan wiedzy w wyżej wymienionym kierunku.

G i l d e m e i s t e r. **Badania doświadczalne nad opryszczką.** Przeszczepiony z człowieka na podeszwę świnki morskiej *virus Herpetis* dał charakterystyczne bąble tamże, tudzież możność hodowli tego zakaźnika w formie *pasażu*, przyczem może się jego właściwość z niejadowitego dla królika rodzaju zamienić na jadowity wywołujący *encephalitis herpetica.*

H a n d o v s k y. **O zastrzykach dożylnych.** Wszelkie zastrzyki dożylne działają poniekąd jako niespecyficzna terapja drażniąca i jako takie nie są tak obojętnym zabiegiem za jaki się je obecnie w coraz w szerszych kołach lekarskich uważa.

T r ö m n e r. **Rzadkie i nowe objawy zapalenia mózgu.** W powtórnej epidemji w Hamburgu zauważono jako nowe objawy tej choroby: obrzęk śluzowaty rąk, wysypkę podobną do płonicznej, łuszczenie się skóry dalej zabarwienie płynu mózgo-rdzeniowego, hemiatropha języka, *hemispasmus, hemiataxia* i epilepsja. Szczególnie ostrą formę zapalenia z gwałtownym przebiegiem.

Progulski (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo Polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 2 r. 1925. — Z. B y k o w s k i: Rokowanie i leczenie padaczki. — L. B r e g m a n:

W sprawie leczenia nowotworów mózgu promieniami Roentgena. — J. Merenlender: O skórze krętej ciemienia. — Rosner: O t. zw. »uporczywych« bólach reumatycznych kończyn dolnych. — J. Babecki: Kliniki djagnostyczne w Stanach Zjednoczonych. — E. Bemski: Nowsze poglądy na niektóre zagadnienia z dziedziny przymiotu wrodzonego. — Z. Szymanowski: Sanochryzyna. — J. Bujalski: Naczelne władze sanitarne po zniesieniu Ministerstwa Zdrowia. — J. Sęczyc: Uwagi w sprawie nowelizacji ustawy o Kasach Chorych i o ich reorganizacji. — J. Bujalski: Dzisiejsza organizacja lecznictwa a proletaryzacja stanu lekarskiego.

Lekarz Wojskowy Nr. 1. r. 1925. — S. Hubicki: Kształcenie lekarzy wojskowych. — M. Rosnowski: Współistnienie niedomykalności zastawek tętnicy głównej i dwudzielnej w świetle badań poligraficznych. — W. Missiuro: Laboratorjum fizjologiczne na usługach wychowania fizycznego. — S. Dobrowolski: Własności zdrowotne ścian z betonu żużlowego. (Redakcja tego zeszytu nie otrzymała.)

Wychowanie Fizyczne Nr. 7—12. r. 1924. — Wyszedł z druku nowy zeszyt »Wychowanie fizyczne« Nr. 7—12 z r. 1924, redagowane przez prof. Eug. Piaseckiego w Poznaniu. Po dłuższej przerwie będzie ono wychodzić w odstępach kwartalnych i to w marcu, czerwcu, wrześniu i grudniu. Na treść zeszytu 7—12 składają się artykuły oryginalne dra St. Kopczyńskiego: Lekarz szkolny na Zachodzie, prof. E. Piaseckiego: Wychowanie fizyczne Grecji starożytnej. Oceny nowych książek, przegląd czasopism, wiadomości z Towarzystw, Instytucyj i Zjazdów, notatki bibljograficzne i kronika. Redakcja i Administracja — Poznań 3. Ogród Botaniczny. Prenumerata roczna 10 zł.

W sprawie artykułu Dra W. Janusza: Częstość raka i śmiertelność z powodu niego w świetle statystyki Zakładu Anatomji patologicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.

W powyższym artykule Dr. W. Janusza, pomieszczonym w »Polskiej Gazecie Lekarskiej« Nr. 6—9 z r. 1925, znajduje się wzmianka na stronicy 129, iż jednym z pierwszych u nas był W. Nowicki, który jeszcze w r. 1904 w »Nowinach Lekarskich« ogłosił statystykę raków na podstawie protokołów sekcyjnych Instytutu Anatomo-patologicznego we Lwowie, za czas od grudnia 1896 do 1903 roku —; następnie prace statystyczne podali Jaworski, Reichman, Serkowski, Weinert, Kuhn.

Otóż pozwalam sobie nadmienić dla sprostowania rzeczy, iż ś. p. prof. Jaworski w swym »Podręczniku chorób żołądka« Kraków 1899 — a więc na 6 lat poprzednio — przytacza na str. 136: »Interesujące dla nas są dane statystyczne, dotyczące naszego kraju, które obliczyłem według 3-rocznych sprawozdań sekcyjnych Krokiewicza za lata 1894, 1895, 1896. Dotyczy ono materjału szpitala powszechnego we Lwowie, a zatem ludność podmiejską i wiejską. Na 2713 sekcyj, które Krokiewicz sam wykonał i starannie zestawił, wypada 132 (4·8%) przypadków raka wogóle. Z tych 132 przypadków przypada 59 na samego raka żołądka t. j. 2·2% wszystkich przypadków śmierci, a 44·7% wszystkich przypadków raka. Natomiast na 2713 sekcyj przypada tylko 7 t. j. 0·25% przypadków wrzodu okrągłego, a wzgl. blizn po takowych. Na 59 przypadków raka żołądka przypadło 36 (61%) raków odźwiernika. Najmłodszy chory rakowy miał 26 lat«.

Odnośną statystykę z trzechlecia ogłosiłem jako ówczesny prosektor powszechnego Szpitala we Lwowie w »Nowinach Lekarskich« (Nr. 11 r. 1897) (a więc na 7 lat przed pracą Nowickiego, również pomieszczoną w »Nowinach Lekarskich«) pod tyt.: »Przypadki zejścia śmiertelnego z powodu raka (Carcinoma) na podstawie materjału w prosektorjum Szpitala głównego we Lwowie w ciągu r. 1894, 1895, 1896.« Opracowałem szczegółowo 132 przypadków, sekcjonowanych z powodu raka na ogólną ilość dokonanych sekcyj 2713. Według tej statystyki raki stanowiły w tym okresie trzechlecia 4·8% przyczyny zejścia śmiertelnego, a mianowicie: w 59-ciu przypadkach (30 m., 29 k.) t. j. 2·17% **rak żołądka** (Carcinoma ventriculi); w 36 przypadkach u kobiet t. j. 1·3% **rak macicy** (C. uteri); w 8 przypadkach (8 m.) t. j. 0·29% **rak gardziela** (C. oesophagi); w 3 przypadkach (3 m.) t. j. 0·11% rak **dwunastnicy** (C. duodeni); w 1 przypadku (1 m.) t. j. 0·03% **rak jelita ślepego** (C. coeci); w 1 przypadku (1 m.) t. j. 0·03% **rak zgięcia śledzionowego** (C. flexurae coli lienalis); w 3 przyp. (3 m.) t. j. 0·11% **rak odbytnicy** (C. recti); w 3 przyp. (2 m. i 1 k.) t. j. 0·11% **rak trzustki** (C. pancreatis); w 2 przyp. (1 m. i 1 k.) t. j. 0·07% **rak wątroby** (C. hepatis); w 5 przyp. (3 m. i 2 k.) t. j. 0·18% **rak pęcherzyka żółciowego** (C. cystis felleae); w 2 przyp. (2 k.) t. j. 0·07% **rak pęcherza moczowego** (C. Vesicae urinariae); w 5 przyp. (1 m. i 4 k.) t. j. 0·18% **rak sutka** (C. mammae); w 1 przyp. (1 m.) t. j. 0·03% **rak szczęki górnej** (C. maxillae superioris); w 1 przyp. (1 k.) t. j. 0·03% **rak jajnika** (C. ovarii); w 1 przyp. (1 m.) t. j. 0·03% **rak krtani** (C. laryngis); w 1 przyp. (1 m.) t. j. 0·03% **rak barwnikowy nerki** (Melanocarcinoma renis). Bliższe szczegóły ze względu na wiek i szerzenie się raka są uwidocznione w tej dość obszernej pracy z dołączeniem ważniejszych protokołów sekcyjnych. Na ogół statystyka moja odbiega nieco od statystyk przytoczonych z piśmiennictwa ogólnego w tym przedmiocie.

W końcu pozwalam sobie zwrócić uwagę na przypadek raka o przebiegu, przypominającym prosówkową gruźlicę (Carcinosis miliaris) u chorej 22 letniej, opisany w »Przeglądzie Lekarskim« w r. 1918 pod tyt.: Rak ogólny w następstwie pierwotnych zmian w żołądku pod postacią gruźlicy prosówkowej (Carcinosis miliaris). Cały okres chorobowy trwał niespełna 40 dni bez objawów ogólnego charłactwa i przypadłów ze strony żołądka, lecz wśród objawów ostrego zakażenia. Przy sekcji dokonanej w Zakładzie Anatomji patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (prof. Browicz) — pomijając pierwotne owrzodzenie żołądka — obraz anatomo-patologiczny był nadzwyczaj podobny na pierwszy rzut oka do ostrej rozsianej gruźlicy, wychodzącej pierwotnie z gruczołów chłonnych i występującej następnie w postaci rozsianej prosowatej w narządach wewnętrznych miąższowych i na błonach surowiczych (polyserositis). Podobne przypadki pojedyncze w piśmiennictwie opisali Köhler i Dename. W przypadkach tych — podobnie jak w naszym — przychodzi do rozsianego procesu nowotworowego nietylko drogą naczyń limfatycznych, ale w bardzo znacznej części drogą naczyń krwionośnych przez masowe zatory komórkami nowotworowemi, oddzielonemi z ogniska pierwotnego i wyposażonemi niezwykłą siłą rozwojową.

Kraków, dnia 8. marca 1925.

Prymarjusz *Dr. Antoni Krokiewicz.*

Kilka słów wyjaśnienia w sprawie uwagi P. Prym. dra A. Krokiewicza.

Jak z podanego przezemnie piśmiennictwa (patrz Pol. Gaz. Lek. str. 197) wynika, praca Pana Prym. dra Krokiewicza znaną mi była i uwzględnioną została w spisie piśmiennictwa na końcu podanego, a jeśli użyłem wzmianki, że jednym z pierwszych był prof. Nowicki«, to wychodziłem z założenia, iż pierwszą statystyką polską, dotyczącą raka, w pojęciu nowoczesnem, opartą na setkach przypadków ze szczegółowem uwzględnieniem piśmiennictwa światowego i wysnuwającą pewne wnioski, jest niewątpliwie statystyka podana przez prof. Nowickiego. Statystyka stawia sobie między innemi za główne zadanie zebranie jak największych liczb, by na podstawie »bezwzględnie dużych liczb« móc wysnuć możliwie trafne wnioski. Dla niepominięcia zaś pracy Prym. Krokiewicza, która nie uwzględnia ani jednego autora, ani też żadnej pracy innej, a opiera się na kilkunastu dziesiątkach przypadków, użyłem wyrazu »jeden z pierwszych«. Podnieść muszę, że szereg prac, poprzedzających moją, nawet nie wspomina o pracy Pana Prym. Krokiewicza mimo, że prace te były niedługo po Jego pracy ogłoszone. Chociaż inni autorowie polscy w podobnych pracach nie przytaczają nazwiska P. Prym. Krokiewicza, poczuwałem się do obowiązku przytoczyć całe piśmiennictwo polskie, a więc przestudjować także pracę z roku 1897, nieuwzględnioną przez innych autorów polskich.

Dr. W. Janusz.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska Lwowska.

Zebranie Rady lwowskiej Izby lekarskiej,

odbędzie się w niedzielę 29 marca 1925 r. o godzinie 10-tej w lokalu Izby przy ul. Zyblikiewicza L. 23. I. p. z następującym porządkiem dziennym:

1. Odczytanie protokółu z obrad Zebrania Rady Izby w dniu 2-go listopada 1924.
2. Sprawozdanie z czynności Zarządu Izby za rok ubiegły.
3. Sprawozdanie Skarbnika i Komisji rewizyjnej.
4. Ustanowienie opłaty izbowej na rok 1925.
5. Sprawozdanie tymczasowego Komitetu wykonawczego Kasy ubezpieczeniowej przy I. L.
6. Sprawozdanie tymcz. Komitetu wykonawczego Kasy emerytalnej przy I. L.
7. Regulamin Kasy emerytalnej i zmiana regulaminu Zarządu Izby w związku ze sprawą Kasy emerytalnej.
8. Sprawa protestu lekarzy ziemi sanockiej przeciwko obowiązującej formie ubezpieczeń izbowych.
9. Sprawozdanie o kupnie domu.
10. Sprawozdanie Sądu Izby za lata 1923, 1924.
11. Wybory uzupełniające trzech członków Zarządu Izby w miejsce ustępujących.
12. Wybory uzupełniające do Sądu w miejsce ustępujących.
13. Wybór 3 członków Komitetu wykonawczego Kasy ubezpieczeniowej oraz 3 członków i 2 zastępców członków Komitetu wykonawczego Kasy emerytalnej przy Izbie.
14. Wnioski członków Rady Izby.

N. B. Uprasza się o niezawodne przybycie ze względu na potrzebny komplet.

Izba lekarska.

We Lwowie, dnia 10-go marca 1925 r.

Prezydent Izby.

Izba lekarska Lwowska.

Kasa Ubezpieczeniowa.

Przy obliczaniu zasiłków zaszła omyłka: Drowi Puch. należy się 106 zł., Dr. Lifsch. 117.

Lwów, 13 marca 1925. Prezydent

Izba lekarska lwowska.

Sprawozdanie z działalności Sądu w okresie od 5-go kwietnia 1923 do 31-go grudnia 1924.

Ukonstytuowanie się Sądu Izby lekarskiej odbyło się dnia 5. IV. 1923. Na posiedzeniu tem Sąd wybrał z pośród siebie na przewodniczącego Generała Dra Hordyńskiego, na zastępcę przewodniczącego Dra Kwiatkiewicza, Dra Moszkowicza i ś. p. prof. Dra Łukasiewicza, na pisarza generalnego Dra Ziona.

Liczbę Senatów orzekających (kompletów) ustalono na trzy. W skład Senatu wchodzi 4 członków i przewodniczący.

Na temże posiedzeniu uchwalił Sąd przyjąć, jako obowiązujący dotychczasowy regulamin Izby z uwzględnieniem zmian, które ustawa o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich z dnia 11. XII. 1921 wprowadza.

Również przyjął Sąd, jako obowiązujące, dotychczasowy kodeks deontologji lekarskiej.

Celem ostatecznego ułożenia regulaminu Sądu wybrano komisję, składającą się z Dra Hordyńskiego, Dra Kwiatkiewicza, ś. p. prof. Dra Łukasiewicza, Dra Moszkowicza a kooptowano ś. p. Dra Drzymalika, Dyrektora Dra Mikołajskiego i prezydenta Izby Dra Papéego.

Pierwszą sprawę wniesiono do Sądu w dniu 3 maja 1923 a było ich razem 20.

Sąd rozważał i orzekał w pełnym składzie 1 raz, w kompletach 19 razy. Posiedzeń Sądu było 33. Ze spraw zwrócił Radzie Izby lekarskiej do uzupełnienia 2. Wydał opinję 2 razy. Umorzył spraw 5. Przekazał do ustnej rozprawy 11.

Sąd Izby lekarskiej stosował następujące kary: 1. Ostrzeżenie 4 razy. 2. Napomnienie 2 razy. 3. Naganę 5 razy (w 4-ch wypadkach z obostrzeniami).

W wymienionych sprawach zasądzeni w jednym przypadku odnieśli się do Naczelnej Izby z rekursem, a w drugim wypadku zwrócili się do Naczelnej Izby celem wyłączenia tutejszego Sądu.

Z powodu rezygnacji Generała Dra Hordyńskiego i po wylosowaniu połowy członków Sądu, wybrano na przewodniczącego Generała Dra Zielińskiego, a na pisarza generalnego Dra Ziona, a w miejsce ś. p. prof. Dra Łukasiewicza na zastępcę przewodniczącego Dra Wekslera Emila.

Lwów, dnia 24 lutego 1925.

Dr. Zion Sekretarz generalny. General *Dr. Zieliński* Przewodniczący Sądu.

Pomoc lekarska dla członków „Stow. Złotego Krzyża".

Polskie stowarzyszenie Złotego Krzyża, którego celem jest głównie ochrona zdrowia urzędnika państwowego przez użyczanie mu pomocy w leczeniu się, zwróciła się do Zarządu Izby Lekarskiej z prośbą o wyjednanie u członków Izby zniżek honorarjów lekarskich dla członków stowarzyszenia, którzy się wylegitymują kartą członka zwyczajnego stowarzyszenia.

Zarząd Izby, uwzględniając złe położenie materjalne urzędników państwowych i niedostateczne zabezpieczenie ich zdrowia przez organizację państwowej pomocy lekarskiej, na posiedzeniu w dniu 5-go lutego 1925 uchwalił zwrócić się do Szanownych Kolegów, Członków Izby, z prośbą o udzielanie członkom Stowarzyszenia Złotego Krzyża zniżek 50% od honorarjów w danej miejscowości zwyczajem przyjętych za ordynacje, wizyty, konsilja i zabiegi specjalistyczne.

Dnia 3. marca 1925.

Izba lekarska we Lwowie. Prezydent: *Papée.*

Izba lekarska Łódzka.

Sprawozdanie z działalności Sądu Izby Lekarskiej Łódzkiej w roku 1924 (kalendarzowym).

Organizacja: Sąd I. L. Ł., wybrany przez Radę Izby w dniu 18 lutego, stanowili członkowie: Drowie Frenklowa Henryka, Jasiński Ksawery, Mittelstaedt Edward, Marzyński Józef; Margolis Izrael, Manteufel Józef, Maszlanka Adam, Rundo Herman, Skalski Stanisław, Sterling Seweryn, Starzyński Artur, Tochterman Adolf; zastępcy: Drowie Ajzner Juljan, Goldblum Natan, Gundlach Ludwik, Majewski Aleksander, Mogilnicki Tadeusz, Maczewski Maksymiljan, Nowicki Stanisław, Pinkus Ludwik, Rueger Henryk, Tomaszewska Matylda, Tenenbaum Adam, Wolfsom Mojżesz. Dra Jasińskiego chorego obłożnie zastępował stale Dr. Nowicki. Przewodniczącym Sądu był: Dr. Mittelstaedt Edward, zastępcami przewodniczącego a zarazem i przewodniczącymi I. i II. kompletów orzekających: Dr. Sterling Seweryn i Skalski Stanisław, pisarzem jeneralnym Dr. Marzyński Józef — wszyscy obrani na posiedzeniu Sądu w dniu 9. marca 1923. Wylosowani po roku pierwszym podług Ustawy członkowie Sądu pozostali na stanowiskach i w roku drugim.

Działalność: Do Sądu wniesiono 14 spraw, z. r. 1923 pozostała 1 sprawa. Sprawy były wniesione z powództwa: a) władz 2 sprawy (z tych 1 z roku 1923), b) lekarzy 8 spraw, c) publiczności 5 spraw. Sąd rozważał w pełnym składzie 9 razy, orzekał 1 raz, w kompletach 6 razy.

Przedmiot wniesionych spraw stanowiły:

grupa I. Wykroczenie przeciw etyce: a) odmowa pomocy lekarskiej 2 sprawy, b) postępowanie brutalne i spowodowanie zakażenia 1 sprawa, c) postępowanie nieuczciwe 1 sprawa, d) postępowanie niekoleżeńskie 3 sprawy, e) zniewaga 1 sprawa, f) wyzysk 1 sprawa, g) niedotrzymanie umowy 1 sprawa;

grupa II. Zatargi pieniężne: a) szkodzenie interesom zawodowym 2 sprawy, b) niewypłacenie pensji lekarzowi w instytucji Użyteczn. Publ. 1 sprawa, c) niewypłacenie prowizji pośrednikowi za mieszkanie 1 sprawa, d) spór o mieszkanie 1 sprawa.

Z powyższych spraw Sąd uchylił pięć spraw; jedną z grupy II., ponieważ lekarz oskarżony nie był nostryfikowany, a cztery sprawy, ponieważ przekraczały one kompetencje Sądu Izby, a nadawały się raczej do Sądu polubownego (1-na sprawa z grupy II a) wzgl. do Sądu Państwowego (3 sprawy z grupy II. b. c. d.).

Sąd umorzył 2 sprawy z powodu braku cech przewinienia.

Sąd przekazał do rozprawy ustnej 7 spraw.

Orzeczenia Sąd wydał w 6 sprawach z roku 1924 (1 sprawa odłożona do kadencji Sądu w roku 1925) oraz 1 w sprawie z roku 1923 i zastosował kary następujące: a) ostrzeżenie w 2 sprawach, b) ostrzeżenie z zaostrzeniem w 1 sprawie, c) napomnienie w 2 sprawach, d) nagana w 1 sprawie, e) pozbawienie prawa praktyki na jeden miesiąc z zaostrzeniem wyroku w 1 sprawie.

Uwaga. Sprawy, w których udzielono ostrzeżenia, należały do I b, I a.

Sprawy, w których udzielono ostrzeżenia z zaostrzeniem należały do grupy I f;

Sprawy, w których udzielono napomnienia, należały do grupy I a, I g.

Sprawa, w której udzielono nagany, należała do grupy I d.

Sprawa, w której pozbawiono praktyki, należała do grupy I c.

Zaostrzenie kary polegało na ogłoszeniu wyroków.

Wyroki zakwalifikowane do ogłoszenia brzmią:

1) »Wobec stwierdzenia faktu przyjęcia przez Dra. X. zastawu i zatrzymania go przez czas dłuższy, Sąd uznaje za rzecz niedopuszczalną branie przez lekarza jakichkolwiebądź zastawów celem zabezpieczenia honorarium; udziela Drowi X. ostrzeżenia i brzmienie wyroku, dotyczącego jego przewinienia, podaje do wiadomości ogółu lekarzy za pośrednictwem prasy, bez podania nazwiska«.

2) »Doktora C. T. lat 42 z Tomaszowa Mazowieckiego skazano: za likwidowanie od Kasy Chorych należności za zabiegi niewykonane i — powtóre przedstawienie Sądowi danych o sobie, których nieprawdziwość została stwierdzona, na karę wypływającą z Art. 33. punktu D. ustawy o Ustr. i Zakr. Izby Lekarskiej z d. 2. XI. 1921 Dz. Ust. 105/21 — mianowicie odjęcie prawa praktyki lekarskiej na okres jednego miesiąca z zaostrzeniem przez ogłoszenie wyroku«.

Odwołania: Przeciw orzeczeniom Sądu nie zgłosili odwołania do Sądu Nacz. Izby Lek. ani zasądzeni, ani rzecznicy dyscyplinarni — do czego przysługuje im prawo.

Poza rozważaniem w sprawach i orzekaniem Sąd Izby Lek. Łódzkiej zajmował się opracowywaniem, wzgl. udoskonaleniem, procedury Sądowej i zgłosił do Nacz. Izby Lek. wniosek o zwołania konferencji przedstawicieli Sądu w celu ujednostajnienia działalności Sądu Izb Lekarskich.

Dr. Józef Maszyński.

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka.

W sprawie projektowanego wydawnictwa »Album zasłużonych lekarzy«.

Do wiadomości Zarządu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej doszło, że szereg kolegów otrzymał prospekty wydawnictwa p. t.: »Album zasłużonych lekarzy«, wraz propozycją przysłania swego życiorysu, a to w celu umieszczenia go w wyżej wymienionem wydawnictwie. Na zasadzie zebranych informacyj Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej stwierdza, że wydawnictwo to ma charakter czysto reklamowy i ostrzega Kolegów przed braniem w niem udziału.

Pisarz Izby: *I. Sochacki.* Naczelnik Izby: *Przyborowski.*

Związek Lekarzy Państwa Polskiego.
Obwód Łódzki.

Posiedzenie Zarządu w dniu 22. lutego 1925.

Przewodniczący: Dr. Rosiewicz. Sekretarz: Dr. Szyfman.

Obecni: Dr. Sulikowski (Kalisz), dr. Kobos (Piotrków), pr. Ausgspach (Tomaszów), dr. Wróblewski (Zduńska Wola), dr. Kleniewski (Zgierz), dr. Rosiewicz (Łódź), dr. Szyfman (Łódź), dr. Knichowiecki (Łódź), dr. Eychler (Pabjanice)

1) Zagaił posiedzenie dr. Rosiewicz, wskazując na to, że opóźnienie zwołania posiedzenia Zarządu spowodowane zostało wskutek przeładowania Prezydjum sprawami miejscowemi w związku z zatargiem z tut. Kasą Chorych.

2) Kol. Szyfman zdaje sprawozdanie z dotychczasowej działalności Związku. Zarząd zwołał posiedzenie przedstawicieli Zgierza, Ozorkowa, Konstantynowa i Łęczycy celem zorganizowania obwodu. Na posiedzeniu tem uchwalono nie tworzyć specjalnego Obwodu, a przyłączyć wyżej wspomniane miasta do Obwodu Łódzkiego. Z powodu przepracowania członków Obwodu Łódzkiego nie zdołano jeszcze zorganizować wydawnictwa »Korespondenta Lekarskiego«. Po ukonstytuowaniu się stałego Zarządu musi być wyłoniona specjalna komisja redakcyjna dla wcielenia w życie odnośnej uchwały Zjazdu Okręgowego z dnia 23. lutego ub. r. Na razie został tylko zredagowany obszerny artykuł, oświetlający genezę i przebieg zatargu w Łódzkiej Kasie Chorych; artykuł ten ukaże się na szpaltach najbliższego numeru »Gazety Lekarskiej« i »Nowin Lekarskich«, a odbitki w pokaźnej ilości zostaną przesłane dla informacji wszystkim Zarządom Rzeczypospolitej.

3) Dr. Szyfman podaje do wiadomości kolegów treść pisma, otrzymanego od Głównego Zarządu, w którem to piśmie Zarząd Związku przesyła do rozpatrzenia propozycję Generalnej Służby Zdrowia co do zaakceptowania ministerjalnej taksy na porady lekarskie dla urzędników państwowych.

Po wyczerpującej dyskusji uchwalono:

1) Taksa ministerjalna (1 złoty — w gabinecie lekarskim, 3 zł — w domu) przyjęta być nie może i

2 wysunąć na najbliższym Zjeździe następujące propozycje:

a) porada w gabinecie lekarskim 3 zł. — na mieście 6 zł.,

b) wizyta nocna podwójnie,

c) honorarjum za zabiegi — według norm Warszawskiej Kasy Chorych przy podstawowym a — 6 złotych,

d) uiszczenie należności uskutecznione zostaje przez odnośne Urzędy Zdrowia raz na miesiąc.

4) Sprawozdanie z Obwodów:

a) Dr. Rosiewicz referuje genezę i istotę zatargu z Łódzką Kasą Chorych. Uzupełniających wyjaśnień udziela dr. Szyfman.

b) Dr. Suligowski (Kalisz) — od grudnia Zarząd Związku jest w okresie pertraktacji z Zarządem Kasy Chorych. Żądania lekarzy, sprowadzające się do 50% powyżki (dotychczas obowiązywały 15% mniejsze od stawek Łódzkich). Są widoki pokojowego załatwienia sprawy.

W Kole dnia 16. lutego b. r. lekarze przerwali pracę w tamt. Kasie Chorych, trwało to jednak tylko 3 dni — lekarze wystawili żądania, które mają być w najbliższych tygodniach rozpatrzone. Zarząd uchwalił polecić Zarządowi Obwodowemu zbadanie istoty zatargu w Kole i zwrócić uwagę kolegów z Koła, iż ogłoszenie bezrobocia bez uprzedniego porozumienia się z Zarządem Obwodowym jest niedopuszczalne.

c) Dr. Kobos (Piotrków) — ukonstytuowała się sekcja lekarzy kasowych.

Zarząd Kasy Chorych aż do rozstrzygnięcia sprawy cennikowej w Łodzi zaofiarował tymczasowo zaliczkowo 25% podwyżki i poczynił pewne ustępstwa w sprawach honorowania lekarzy w ambulatorjach zamiejskich.

Kol, Kobos zwracał uwagę, że lekarze miejscy i szkolni są krzywdzeni materjalnie wskutek zaliczenia do niskiej kategorji urzędników, a mianowicie:

1) Komitet ministrów określa stanowisko lekarza szkolnego według kategorji VI. i VII., jednak w praktyce stosowana jest kategorja IX., nawet dla lekarzy pracujących w szkolnictwie od lat 20.

2) Projekt ustawy przewidnje dla lekarza miejskiego IX. kat. płacy.

Wobec tego kol. Kobos zgłasza wniosek, by Zarząd Okręgowy zwrócił się do Głównego Zarządu o wywalczenie należytego stanowiska lekarzom miejskim i szkolnym. Wniosek został przyjęty.

W sprawie utworzenia sekcji lekarzy kesowych Zarząd Okręgowy popiera stanowisko, zajęte przez Zjazd, a mianowicie, iż nie jest pożądane tworzenie sekcji lekarzy kasowych, a pożądane jest tworzenie tylko komisji dla spraw kasowych.

d) Dr. Eychler (Pabjanice) w myśl uchwały Zjazdu — Sekcja Lekarzy Kasowych zostaje zlikwidowana. Toczą się pertraktacje cennikowe z Zarządem Kasy Chorych.

e) Kol. Augspach (Tomaszów) referuje przebieg bezrobocia lekarskiego w Tomaszowskiej Kasie Chorych.

Uchwalono napiętnować czyn haniebny drów Wojewódzkiego Wacława z (Głowna) i Blumenfelda Gustawa (z Częstochowy), którzy podjęli się roli łamistrejków w Tomaszowskiej Kasie Chorych i ogłosić ich nazwiska w prasie fachowej.

5) Ustalono na 29. marca termin Zjazdu delegatów dla wyboru Zarządu Okręgowego.

6) Na wniosek dr. Eychlera zatwierdzone zostało Prezydjum Zarządu Okręgowego w osobach dr. Rosiewicza, jako Rosiewicza jako prezesa, dr. Knichowieckiego jako skarbnika i dr. Szyfmana jako sekretarza.

7) Dr. Eychler podnosi sprawę opracowania umowy ramowej dla całego Okręgu z uwzględnieniem lokalnych warunków.

Uchwalono postawić tę sprawę na porządku dziennym na Zjeździe Okręgowym celem przygotowania projektu dla Zjazdu wszechpolskiego. Uznano za pożądane nadesłanie do Związku Okręgowego istniejących już umów w prowincjonalnych Kasach Chorych.

Związek lekarzy Państwa Polskiego.
Obwód Tomaszowski.
Szkodnicy sprawy lekarskiej.

Od 22 stycznia 1925 r. trwa stan bezkontrakowy między Związkiem Lekarzy P. P. Obwodu Tomaszewskiego (Województwo Łódzkie) a Powiatową Kasą Chorych, w celu skłonienia miejscowych lekarzy do przyjęcia, proponowanych przez siebie warunków, sprowadził Zarząd Kasy do Tomaszowa 4 (czterech) lekarzy, którzy, pomimo ostrzeżeń podanych w gazetach lekarskich i codziennych i pomimo uprzedniego poinformowania każdego z osobna o istniejącym zatargu przez tutejszy Związek lekarzy, przystąpili do pracy w Kasie Chorych. Oto ich nazwiska:

1) Wacław Wojewódzki repatrjant z Rosji (Turkiestan) przybył tu z Głowna pow. Brzezińskiego;

2) Gustaw Blumenfeld, lekarz szpitala żydowskiego w Częstochowie;

3) Maurycy Finkelsztajn, lat 26 ze Lwowa, gdzie przed rokiem otrzymał dyplom;

4) Ludmiła Kudrjawcewa (Rosjanka), przybyła z Sieradza, ziemi Kaliskiej.

Zjazd Związku lekarzy rządowych Oddziału Lubelskiego.

Dnia 30 stycznia 1925 roku odbyło się kolejne Walne Zebranie członków Lubelskiego Oddziału Związku Lekarzy Rządowych pod przewodnictwem prezesa dra Z. Domańskiego.

Pierwszy punkt porządku dziennego stanowił wykład lekarza powiatowego z Siedlec dr. A. Żagoty: **Choroby, jako problem społeczny**«. Ogólnikowe streszczenie odczytu wygłoszonego przez dr. A. Żagotę:

»Człowiek przedstawia dla społeczeństwa, którego jest członkiem, mniej lub więcej dającą się obliczyć wartość. Wartość ta uwydatnia się w zdolności do wykonywania pewnej pracy. Ponadto, jeżeli chodzi o społeczeństwo zorganizowane w naród lub państwo, posiada on dla niego jeszcze wartość siły moralnej i fizycznej, która uwydatnia się dopiero w całej pełni w szczególnie ważnych dla społeczeństwa chwilach, kiedy należy wytężyć wszystkie siły, by obronić swoje prawo do zorganizowanego bytu. A nadto każdy człowiek jest tylko szczeblem w ogólnym pochodzie pokoleń, więc jako czynnik rozrodczy, tylko swem zdrowiem gwarantuje utrzymania tego szeregu w stanie czystym, zdrowym i sprawnym. Nie tylko więc każdy człowiek ma prawo do opieki, ale obowiązkiem społeczeństwa opiekę taką w jak najszerszym zakresie roztoczyć nad zdrowiem swych członków. W tym celu państwo i organizacje wytworzyły lub tworzą instytucje, które tę opiekę w najszerszem tego słowa znaczeniu mają praktycznie wprowadzać w życie t. zw. Kasy chorych. Z drugiej zaś strony Kasy te, jako instytucje, stykają się z masową ilością chorych, zdolne są na podstawie olbrzymiego materjału, lepiej badać warunki i przyczyny powstawania różnych chorób, a tem samem wysnuwać wnioski, zmierzające do zapobierzenia im lub ich usunięcia. Następnie mówca przechodzi do określenia choroby ze stanowiska społecznego. Określenie to różni się bardzo od określenia biologicznego choroby, ponieważ pod względem społecznym choroba wyraża się dopiero niezdolnością do pracy lub koniecznością ingerencji lekarskiej, a względnie łącznością obu tych czynników. Choroba więc, w znaczeniu społecznem, charakteryzuje się często jako dość posunięty stan choroby biologicznej.

Załatwiwszy się z tą definicją, jakoteż z charakteryzacją początku i zakończenia choroby w znaczeniu społecznem, przechodzi mówca do scharakteryzowania przyczyn chorób. Przyczyny te mogą być natury wewnętrznej (endogenicznej) — (a więc wpływać może na ich powstawanie n. p. wiek, płeć, rasa, dziedziczność i t. p.) i zewnętrznej (exogenicznej).

Zewnętrzne przyczyny dałyby się podzielić na dwie duże grupy: a) warunki usposabiające (n. p. rodzaj pracy, klimat, pory roku, wiek, płeć, stosunki mieszkaniowe, stopa zarobkowa, warunki społeczne i t. p.) i b) bezpośrednie przyczyny chorób (szkodliwości biologiczne, fizyczne, chemiczne, moralne i t. p.).

Na przykładach mówca stwierdza, że czynniki te są zazwyczaj mniej lub więcej sprzężone i działają współcześnie,

tak, że jeden lub drugi czynnik wysuwa się na pierwszy plan. Następnie mówca omawia zasady statystyk chorób, wykazuje, jak bardzo należy różniczkować i obejmować w cyfry statystyczne wszystkie momenty, mogące mieć jakikolwiek bądź wpływ na powstanie chorób, by cyfry statystyczne przedstawiały realną i użyteczną wartość. Wykazuje na przykładach, że branie pod uwagę niektórych stosunków cyfrowych, pozornie zupełnie logicznych, może prowadzić do zupełnie fałszywych i opacznych wniosków. Mówca dalej demonstruje szereg tablic i wykresów statystycznych, świadczących o wpływach najrozmaitszych czynników na cyfry statystyczne. W tablicach tych więc wykazano wpływ na częstość powstania chorób takich czynników, jak: płeć, rodzaj członkowstwa kasy, stopa zarobkowa, materjał ludzki, rasa, świadczenie kasy. Wykazano tu również, że czynników nie można schematyzować, że mają one dla różnych grup społecznych różną wartość — n. p. równe stopy zarobkowe u wyrobnika i inteligenta nie są faktycznie równe. Ta sama choroba n. p. anglna u śpiewaka i kupca nie mają tego samego znaczenia i różnie muszą się wyrażać w cyfrach statystycznych i t. p. i t. p. W trakcie odczytu mówca zaznaczył, że obecnie w Polsce powstające Kasy chorych o charakterze terytorjalnym nie będą mogły dobrze różniczkować daty statystyczne, a więc i cyfry przez nie zbierane nie będą miały tej wartości naukowej, co cyfry kas bardziej zróżniczkowanych. W kilku słowach, które mówca ze względu na brak czasu powiedział o czasie trwania chorób, zaznaczył, że naogół czas trwania chorób zależy od tych, samych prawie czynników co i powstanie chorób«.

Drugi referat opracował Lekarz Powiatowy z Garwolina na temat: »O **higjenie szkolnej i stanie sanitarnym naszych szkół wiejskich**«.

Kol. Kujawski, lekarz powiatowy z Lublina, w referacie »**O stanowisku lekarza urzędowego wobec świadectw lekarskich**« poruszył te kolizje, na jakie narażony jest lekarz urzędowy przy wydawaniu świadectw lekarskich. Kolizje stwarzają petenci, rozporządzenia i przepisy rządowe, oraz lekarze prywatni. W szeregu przykładów różnych świadectw (przytoczono 9 najczęściej zgłaszanych potrzeb do otrzymania świadectwa), uwydatniono bardzo często spotykane dążenia petentów do użycia lekarza rządowego za ślepe narzędzie przy przeprowadzeniu swych kombinacji, niemających bezpośredniego związku i zależności od zdrowia. Ztąd powoływanie się na zdrowie lub chorobę, jak kiedy jest wygodniej, ztąd nadużywanie urlopów zdrowotnych i przedłużania wypoczynkowych i t. p.

Przepisy rządowe mszczą się nieraz na lekarzu rządowym, o ile są niedość usprawiedliwiane życiowo, n. p. przepisy w sprawie wydawania zaliczek, przepisy paszportowe, wydawanie spirytusu i t. p. Lekarz niekiedy, będąc niedość przekonanym o celowości życiowej tak, a nie inaczej skonstruowanych przepisów, niekiedy ulega petentowi, a zawsze ma pełno wątpliwości przy wydawaniu świadectw. Wreszcie lekarze prywatni często narażają lekarza rządowego na poważny kłopot przez swą zbytnią pochopność w wystawianiu świadectw wygodnych dla petenta, a nie mających dostatecznych podstaw w rozumieniu przepisów urzędowych, oraz obrony obowiązków służbowych petenta. Do pewnego stopnia usprawiedliwieniem może tu być to, że lekarz prywatny niema smutnego obowiązku lekarza urzędowego — czuwania i wykrywania nadużyć na tle zdrowia i choroby.

Referent dochodzi do wniosku, że lekarze rządowi obowiązani są walczyć z tem wszystkiem, coby spowodowało wystawienie świadectwa niezgodnego z rzeczywistością, powinni zamknąć oczy na nielekarskie kombinacje petenta, a być tylko objektywnym lekarzem. Jeżeli lekarz rządowy inaczej postępować będzie, znajdzie się w kolizji nie tylko ze swymi obowiązkami służbowymi, ale przedewszystkiem z etyką, względnie z etyką lekarską.

Wreszcie lekarz powiatowy z Krasnegostawu dr. Z. Domański wygłosił rzecz: »**O ustawie emerytalnej w stosunku do lekarzy rządowych**«. O ile założona przez Związek lekarzy rządowych i Izby lekarskie Kasa Pogrzebowa zabezpiecza po części byt wdów i sierót po lekarzach, o tyle starość lekarzy, niedołęstwo, niezdolność do pracy zabezpieczenia materjalnego nie mają. Ustawa emerytalna przewiduje prawo funkcjonarjusza państwowego domagania się przeniesienia go w stan spoczynku bez względu na zdolność do służby, gdy przekroczył 60 lat, lub gdy uzyskał prawo do pełnego uposażenia emerytalnego i ukończył 55 lat życia. Ponieważ przy wstąpieniu do służby rządowej lekarz przekracza zwykle trzydziestkę, a prawo do pełnej emerytury zyskuje się po 35 latach służby — obowiązująca obecnie ustawa niema dla nas zastosowania. Rodzaj zajęcia lekarza powiatowego; ciężka — praca poczynając od ławy uniwersyteckiej; stałe obcowanie z biedą, nędzą, brudem i niechlujstwem; walka z chorobami zakaźnemi; ogromny procent zachorowywań wśród lekarzy na choroby zakaźne, sprowadzają przedwczesną starość i niedołęstwo, krótszy kres życia, dużą śmiertelność. Zdolność do zarobkowania u lekarzy rządowych, szczególnie powiatowych jest znacznie krótszą, niż w innych zawodach. Z tego tytułu referent uważa za wskazane, aby czas trwania służby był dla lekarzy tego typu skrócony do 25 lat i proponuje, aby poruszona kwestja była rozpatrzona na posiedzeniach oddziałowych Związku i w razie przychylnego stanowiska lekarzy, opracowany został memorjał i wniesiony przez Wydział Związku do odpowiednich czynników.

Związkowiec.

Ś. p. Dr. med. Aleksander WASILEWSKI

Dnia 11. sierpnia 1924 r. zmarł w Warszawie, w sile wieku, wskutek krwotoku, wywołanego wrzodem żołądka, dr. Aleksander Wasilewski. Żył lat 46., osierocił żonę i 4 małoletnich dzieci. Urodzony na kresach, w byłej gub. Kurlandzkiej, stracił rodziców już w pierwszych latach życia i był wychowany przez krewnych i znajomych. Już w szkołach średnich zarabiał na siebie, a mimo to pracował ideowo, ucząc po polsku w tajnej szkółce w Dynaburgu. Uwięziony za to, po kilku miesiącach uciekł, ale tak był śledzony, że mógł wychodzić z domu tylko nocą; wywieziony przez znajomych, prowadził, dalej niebezpieczną pracę w Witebsku. Tak żył szereg lat, ucząc siebie i innych; na uniwersytet w Moskwie wstąpił dopiero mając lat 27. W r. 1911 ukończył w Moskwie Wydział lekarski; potem pracował pół roku w Zakładzie bakterjologji u prof. Gabryczewskiego, stamtąd został wysłany do Warszawy do pracowni bakterjologicznej i chemicznej przy szpitalu Ujazdowskim. W r. 1913 został prosektorem przy okręgowym moskiewskim szpitalu psychjatrycznym. Po wybuchu wojny był pomocnikiem kierownika stacji Pasteurowskiej w Mińsku Litewskim, a w kilka miesięcy później wysłano go aż do Czyty, jako zastępcę kierownika rządowego laboratorjum przeciw dżumie. W r. 1917 został kierownikiem tej pracowni. W r. 1918 zorganizował w Czycie całkowitą Stację Pasteurowską i kierował nią. W r. 1920 uczynił to samo w Charbinie. Od r. 1917 należał do V. Syberyjskiej Dywizji Wojsk Polskich jako lekarz sanitarny, a potem jako lekarz Polskiego Czerwonego Krzyża na Dalekim Wschodzie. W Charbinie pracował do końca marca 1921 roku., poczem wyjechał z rodziną do Polski, morzem, naokoło Azji. W czerwcu r. 1921 przybył do Warszawy, gdzie od 1. sierpnia tegoż roku otrzymał posadę lekarza sanitarnego m. Warszawy, a od 1. lipca 1922 został kierownikiem miejskiej pracowni bakterjologicznej w Warszawie. 7. sierpnia 1925 r. dostał w pracowni krwotoku, a w kilka dni później zmarł.

Dr. Aleksander Wasilewski był człowiekiem niezwykłej miary. Był lekarzem zaledwie 13 lat, a zostawił po sobie około 60 prac z różnych działów medycyny. Około 40 z tych prac było drukowanych przeważnie w pismach rosyjskich na Syberji, około 20 pozostało w rękopisie. Pracował zwykle w trudnych warunkach, wiele lat podczas wojny, przerzucany z miejsca na miejsce, obarczony mnóstwem zajęć służbowych. Przez kilka lat brał bardzo czynny udział w zwalczaniu dżumy w Mandżurji, nie uważał nic na siebie, wykonywał sekcje zmarłych na dżumę w strasznych warunkach, w chatach krajowców, pełnych brudu i robactwa, narażając się na pewną niemal śmierć. Równocześnie zakładał tam stacje szczepień przeciw wściekliźnie i prowadził je, wyrabiał szczepionki przeciw różnym chorobom zakaźnym, szczepił konie i otrzymywał z nich surowice lecznicze, wyrabiał krowiankę, prowadził badania antropologiczne nad Burjatami, nawiązał stosunki z lekarzami japońskimi, otrzymał od nich bardzo zachęcające propozycje wyjazdu do Japonji, ale nie słuchał ich, chcąc wrócić do kraju i pracować w Polsce. Widząc w obozach jeńców i w szpitalach wojskowych na Dalekim Wschodzie setki chorych na przeróżne choroby zakaźne, badał te choroby i pozostawił cenne prace o durze osutkowym, brzusznym i powrotnym, o żółtaczce zakaźnej, o influency, o gnilcu, o zimnicy.

Przyjechawszy do Warszawy i objąwszy stanowisko bakterjologa miejskiego, pchnął pracownię miejską na nowe tory. Zwiększył siedmiokrotnie liczbę analiz bakterjologicznych, wykonywanych w tej pracowni (do 13000 rocznie), zajął się energicznie badaniem wód studziennych i wodociągowych, przeprowadzał systematycznie badania bakterjologiczne mleka, zajął się kontrolą aparatów służących do dyzynfekcyj w mieście, badał produkty mięsne na zafałszowanie, rozpoczął współpracę ze szpitalami warszawskimi, wyrabiał dla nich szczepionki, zaopatrywał je w pożywki bakterjologiczne, badał krew chorych i wydzieliny. Pierwszy w Polsce zajął się na szerszą skalę zbadaniem reakcji Selricha (około 2000 osób); w Instytucie dla głuchoniemych i ociemniałych zbadał krew wychowanków na odczyn Wassermanna i wykonał u nich odczyny Pirqueta i Schicka. Przeprowadzał badania flory drobnowidzowej w chorobach oczu u chorych Instytutu Oftalmicznego, wykonał badania nad neurowakcyną, otrzymywał tuberkulinę, założył muzeum anatomo-patologiczne i systematycznie badał zimnicę i warunki jej szerzenia się w Warszawie i okolicy. W Warszawie i w promieniu kilku kilometrów naokoło nie było żadnego zbiornika wodnego, któregoby nie zwiedził i nie zbadał prób z niego na obecność larw komarów, w pracowni założył wylęgarnię komarów, z pozwoleniem Władz miejskich wyjeżdżał do powiatów Kowelskiego i lubomlskiego dla badań nad zimnicą. Wreszcie w lipcu 1924 r., otrzymawszy po raz pierwszy urlop wypoczynkowy jednomiesięczny, wyjechał zaraz do Ciecho-

cinka, zaproszony przez Zarząd tej miejscowości, celem zbadania, czy nie zagraża jej wybuch zimnicy. I tam pracował nad siły — wrócił z początkiem sierpnia chory, ale zamiast odpocząć, zabrał się natychmiast do dalszej pracy. Podczas pisania artykułu o spostrzeżeniach nad zimnicą w Ciechocinku, w pracowni miejskiej dostał krwotoku, który był początkiem końca.

Tak żył A. Wasilewski. Od lat młodzieńczych aż do śmierci myślał tylko o pracy dla drugich i o nauce. Skąd brał siły i czas, aby tylu rzeczy dokonać, nikt nie wie. Nie liczył się nigdy z własnemi siłami: myślał tylko o tem, co ma być zrobione. Jak opowiadał jeden z jego znajomych w Warszawie »w tęgi mróz, w paltociku wiatrem podszytym, a butach łatanych, przed 8 raną, pędził do pracowni i pracował do późnej nocy. W domu był gościem, czasu nie miał i nie myślał tak o rodzinie swojej, jak myślą zwykli śmiertelnicy. Nie myślał o tem, co będą jeść jego dzieci, gdyby go nie stało, ani czy będą miały dach nad głową i jak sobie wdowa da radę? Więc może był lekkomyślny? Może. A jednak stan lekarski chlubić się może tem, że Wasilewski był lekarzem. Ogrom jego pracy i poświęcenia był powodem, że nikt z tych, którzy go znali, nie pozostał obojętnym wobec jego śmierci. Samorzutnie zawiązał się komitet, głównie z pomiędzy pracowników w miejskiej służbie zdrowia, który postawił sobie za cel przyjść w pomoc wdowie i czworgu małoletnich dzieci i — o ile się zbiorą fundusze — wydać prace dra Wasilewskiego. Niektóre Jego prace, drukowane w języku rosyjskim, nadawałyby się do przetłómaczenia i wydania po polsku: prace w rękopisie, dotąd niedrukowane, również częściowo powinyby być wydane.

Tacy, jak Dr. Wasilewski, chociaż pomarli, żyją, albowiem rozwój i postęp narodów jest ich dziełem.

Prof. R. Nitsch.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. X. posiedzenie odbędzie się w piątek dnia 27. b. m. o godz. 6-tej wieczorem. Porządek dzienny: **„Sprawa Kas ubezpieczeniowych przy Lwowskiej Izbie Lekarskiej".**

K. Zgórski, Przewodniczący. *K. Tyszka,* Sekretarz dor.

Konkurs im. Leona Krzemickiego. Celem uczczenia pamięci zasłużonego obywatela i lekarza bł. pamięci Dr. Leona Krzemickiego ofiarowała firma »Serovac« Małopolska wytwórnią surowic i szczepionek 100 zł., jako nagrodę, za najlepszą pracę ogłoszoną drukiem w Polskiej Gazecie Lekarskiej. W r. 1925 pierwszeństwo będą miały prace z dziedziny medycyny społecznej lub chorób wenerycznych. Sąd konkursowy stanowić będzie Komisja redakcyjna Polskiej Gazety Lekarskiej Lwowskiego Tow. Lekarskiego, w skład której wejdzie, jako delegat, Serovacu dr. Izydor Krzemicki.

Zakaz wydawania leków na recepty lekarskie w specjalnych przypadkach uchwaliła Rada m. Drezna. Dotyczy to mianowicie wydawania morfiny i kokainy zbyt często i w nadmiernych ilościach. Zakaz ten, coprawda bezprawny, został spowodowany faktem stwierdzonym, że jeden z lekarzy w ciągu kilku miesięcy zapisał morfiny i kokainy więcej, niż wszyscy lekarze Drezna w czasie tym samym. Oczywiście zakaz ten mógłby doprowadzić do celu zamierzonego, gdyby aptekarze, w zrozumieniu jego znaczenia, współpracowali dobrowolnie z czynnikami, dbającemi o dobro i zdrowie ludności, a niedbali przedewszystkiem o kieszeń własną.

Dla zwalczania choroby zatokowej postawiono wniosek w sejmie pruskim o udzielenie kredytu w wysokości 500 tysięcy Mk. dla rodzin rybackich, nawiedzonych chorobą.

Znaczny spadek uczącej się młodzieży na wydziałach lekarskich w Niemczech. Urzędowe dane statystyczne podają następujące liczby: w r. 1922 na wszystkich wydziałach lekarskich było 13.489 słuchaczy; w roku 1924 liczba ta spadła do 9.316 (spadek wynosi 31,6%). Na tę ogólną ilość było mężczyzn w r. 1922 — 11.285, w r. 1924 — 7.354 ilość kobiet słuchaczek było w r. 1922 — 1.469 a w r. 1924 — 1093 (spadek wynosi 26%).

Częstość ospy w Stanach Zjednoczonych. W pierwszej połowie r. 1924 zanotowano w 678 większych miastach Kanady oraz Stanów Zjednoczonych Ameryki 18.811 przypadków zachorowań ospy, w tem 242 przypadków śmierci, co wynosi 1,3%. W tym samym okresie czasu w r. 1923 było zanotowanych 7.170 zachorzeń ze śmiertelnością 0,8%.

Śmiertelność dzieci w wieku do 1 go roku na 1000 nowonarodzonych wynosi, według danych porównawczych wydziału ochrony macierzyństwa i wieku niemowlęcego, dla następujących państw w r. 1923, jak następuje: Belgja i Finlandja 105, Francja — 120, Niemcy — 132, Włochy — 140, Austrja i Hiszpanja — 155, Japonja — 190, Chile — 268, Norwegja — 63, Australja i Szwecja — 65, Stany Zjednoczone — 75. Polska nieuwzględniona.

Statystyka strat ludzkich w czasie ostatniej wojny światowej została ostatecznie zakończona. Ogólna strata państw walczących wynosi około 10 miljonów zabitych i 25 miljonów rannych i wogóle chorych w czasie służby wojennej. Na Niemcy przypada 2055000 zabitych i zmarłych, wliczając w to 14000 kolorowych, pochodzących z Kolonij niemieckich. Liczba rannych (bez kolorowych) wyniosła 4248000. Liczba inwalidów wojennych, uprawnionych do zaopatrzenia, wynosiła z początkiem 1920 roku 1537000 a do początku 1923 roku liczba ta spadła na 1275000. W październiku 1924 było takich inwalidów jeszcze 721660, wśród nich 1322 pielęgniarek. (M. m. W.).

Sprostowanie.

W pracy dr. Pokornego »Bóle głodowe u chorych na raka żołądka« (P. G. L. N. 5. 1925) na str. 122 wiersz 35—33 z dołu zamiast: »według Riegl'a Le Noir i Agasse prawie nigdy się nie spostrzega w raku żołądka, co prawda... ma być: »według Riegl'a prawie nigdy się nie spostrzega w raku żołądka, Le Noir i Agasse, co prawda...«.

Zmarli.

Dr. Władysław Nowak, lekarz fabryczny, zmarł w 55 r. życia w Węgierskiej Górce.

Od Administracji.

Prosimy o wyrównanie prenumeraty za kwartał II. b. r. załączonym do numeru 12-go czekiem P. K. O. (9 zł, dla członków tow. Lek. 8 zł). Prenumeratorom, zalegającym z opłatą po 10. kwietnia, zmuszeni będziemy wstrzymać dalszą wysyłkę Polskiej Gaz. Lek.